

**DESCRIPCION DE LAS CAPACIDADES DE LOS SISTEMAS FAMILIARES
DURANTE EL PROCESO DE AFRONTAMIENTO ANTE LA PRESENCIA
DE UN MIEMBRO CON DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA EN EL
CENTRO DE NEUROCIENCIAS EN LA CIUDAD DE SANTA MARTA
EN EL AÑO 2006**

NEIDA PATRICIA FORD NAVARRO

UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA
SANTA MARTA
2006

**DESCRIPCION DE LAS CAPACIDADES DE LOS SISTEMAS FAMILIARES
DURANTE EL PROCESO DE AFRONTAMIENTO ANTE LA PRESENCIA
DE UN MIEMBRO CON DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA EN EL
CENTRO DE NEUROCIENCIAS EN LA CIUDAD DE SANTA MARTA
EN EL AÑO 2006**

NEIDA PATRICIA FORD NAVARRO

Trabajo presentado como requisito para optar al título de Psicóloga

Director:
Psiquiatra Humberto Vives Puppo

UNIVERSIDAD DEL MAGDALENA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE PSICOLOGÍA
SANTA MARTA
2006

Nota de aceptación:

Firma del presidente del jurado

Firma del jurado

Firma del jurado

Santa Marta, Noviembre 21 del 2006

A mi esposo Ismael por creer en mí, por apoyar mi sueño y ser siempre mi compañero de lucha.

A mis hijos Jorge y Ana por soportar mis ausencias.

A mi madre por estar siempre ahí, por brindarme la seguridad de contar con ella y cuidar de mis hijos.

A mi tía Beatriz, quien fue mi motivo de inspiración, por su sufrimiento y largo padecimiento.

AGRADECIMIENTOS

La autora expresa sus agradecimientos a:

Dr. Roberto Carlo Palacios, Psicólogo de la Unidad de Nefrología y Director de la fundación Ágape, por sus asesorías y acompañamiento durante este proceso.

Dr. José Antonio Camargo, Asesor Metodológico, por su gran apoyo y excelente labor profesional y su acompañamiento permanente.

Dr. José Bornacelli, Psiquiatra y Director de la Clínica Neurociencias de la ciudad, por las facilidades brindadas y por toda la ayuda prestada.

A los familiares de los pacientes que asisten a la Clínica Neurociencias, por su participación voluntaria.

CONTENIDO

1. Descripción y Formulación del Problema.....	8
2. Objetivos.....	11
2.1 Objetivo General.....	11
2.2 Objetivos Específicos.....	11
3. Justificación.....	12
4. Marco Referencial.....	13
4.1 Marco de Antecedentes	13
4.2 Marco Teórico	21
4.2.1. Definición de Familia bajo la Perspectiva Sistémica	21
4.2.1.1 Concepto de Estructura Familiar	23
4.2.2.2 Consideraciones Acerca de la Familia.....	31
4.2.3 Homeostasis y Morfogénesis Familiar.....	31
4.2.4 Etapas del Ciclo Vital	32
4.2.4.1 Periodo de Galanteo	33
4.2.4.2 Constitución de la Pareja Estable.....	34
4.2.4.3 El Nacimiento de los Hijos.....	34
4.2.4.4 Periodo Intermedio	36
4.2.4.5 Destete de los Padres	37
4.2.4.6 Retiro de la vida Activa	38
4.2.5 Esquizofrenia desde el modelo Sistémico	39
4.2.5.1 Hipótesis del doble Vinculo como teoría de la Esquizofrenia.....	41
4.2.6 Modelo Circumflejo de Olson.....	44
4.2.6.1 Cohesión Familiar.....	44
4.2.6.2 Adaptación Familiar.....	45
4.2.6.3 Comunicación Familiar.....	46
4.2.6.4 Generalidades del Modelo Circumflejo en cuanto a los Sistemas Maritales y familiares.....	49
4.2.7 El Genograma.....	49
5. Diseño Metodológico.....	53
5.1 Tipo de Investigación.....	53

5.2 Definición de Variables.....	53
5.2.1 Esquizofrenia	53
5.2.2 Capacidad.....	53
5.2.2.1 Cohesión familiar.....	54
5.2.2.2 Adaptación Familiar.....	54
5.2.2.3 Comunicación Familiar.....	54
5.3 Operacionalización de Variables.....	54
5.4 Población y Muestra	55
5.5 Proceso de la Investigación	55
6. Resultados	58
6.1 Análisis de Resultados	69
Genogramas.....	70
7. Conclusiones.....	83
8. Recomendaciones.....	85
9. Bibliografía.....	87
Anexos.....	89

"El modo de mirar las cosas llamado 'ecología de la mente' consiste en tomar un fragmento de proceso mental y sus relaciones con la ecología mental más amplia en que reside y compararlo, en compañía de sus relaciones ecológicas, con ecologías de procesos mentales de una región diferente de la Mente, en última instancia, 'comparar... pensamiento con evolución y epigénesis con ambos'".

Bateson Gregory

1. EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO

Según se ha podido observar, en nuestro medio, muy pocas personas saben los significados de salud y enfermedad, ya que parten de conceptos populares al referirse a estos, por ello es importante partir del concepto de salud, emitido por la Organización Mundial de la Salud (OMS), entendida como el “ completo estado de bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de dolencias o enfermedad”, percibimos entonces, que la variable biológica- física corresponde estrictamente al campo médico y que otras variables requieren la necesaria colaboración de otros sectores, todos los que se vinculen al quehacer humano; de esta manera salud reclama para su atención un enfoque multiprofesional, es decir biopsicosocial.

Ahora bien el paso de lo biológico a lo psíquico acarrea dificultades; el deslinde de la salud y la enfermedad mental se torna aun más difícil, pues depende fundamentalmente de las culturas, ya que cada una de éstas dispone de un cúmulo de virtualidades antropológicas, a partir de lo cual decidirá quién está trastornado y quién no lo está; apreciado de esta manera, diremos que la salud mental tiene un concepto muy amplio y de límites poco definidos dentro de la sociedad.

Por lo anterior, tomamos el concepto emitido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) donde, “salud mental: es un estado sujeto a fluctuaciones provenientes de factores biológicos, ambientales y sociales en que el individuo se encuentra en condiciones de conseguir una síntesis satisfactoria de sus tendencias instintivas, potencialmente antagónicas, así como de formar y mantener relaciones armoniosas con los demás y participar constructivamente en los cambios que pueden introducirse en su medio ambiente.

Es así, como de acuerdo a un informe, la esquizofrenia, es considerada, según un estudio de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1990, como una de las diez principales causas de discapacidades en el mundo, entre otros trastornos mentales, incluyendo además las severas consecuencias tanto a quien padece la enfermedad, como a su familia y a la sociedad de la que hace parte.

De acuerdo a lo anterior, y por toda la resonancia e impacto social se han realizado diferentes estudios tratando de determinar la prevalencia e incidencia de la esquizofrenia en la población, dentro de los cuales se pueden mencionar: el estudio piloto internacional de esquizofrenia realizado por la OMS (1968 – 1973) con resultados del 1% en la población; con investigaciones posteriores (condado de Monroe Estado de New York), investigación Binacional USA/UK (EE.UU. y Gran Bretaña). No obstante, lo anterior la Nacional Comorbidity Survey en Estados Unidos en 1992, manifiesta que la esquizofrenia tiene una prevalencia un poco menor con cifras entre el 0.5 y 0.7% de la población entre los 15 y 54 años de edad.

Es de vital importancia entonces, referirse a la prevalencia de tal enfermedad en Colombia, donde se realizó un estudio a cargo de la Dra. Yolanda Torres de Galvis en 1997 donde se retomaron el estudio de la Nacional Comorbidity Survey, OMS los criterios diagnóstico del DSM-IV y la CIE-10, además, del CIDI-2 (Composite International Interview segunda edición) arrojando datos donde se concluyó que tal enfermedad afecta anualmente al 0.6% del total de los habitantes en Colombia, con lo que se puede afirmar el gran impacto e importancia en la población colombiana.

Por otra parte, respecto al origen de la enfermedad, se señalan diversos factores, dentro de los que se pueden nombrar los genéticos, ambientales y sociales y biológicos asociados a la causa de la esquizofrenia.

Es significativa la importancia, de la vida familiar en la aparición, curso y pronóstico de las enfermedades mentales, en este caso de la esquizofrenia. Recordemos entonces, que la familia es considerada como el agente primario de socialización, donde se adquieren creencias, actitudes, valores y conductas.

De tal manera que, es en la familia donde se proporciona el apoyo social y emocional a sus miembros frente a las diversas crisis que puedan presentar, lo cual apuntaría a expresar que una familia que funcione mal sumada una vulnerabilidad genética, sería considerada un factor de riesgo constante en sus miembros.

Cabe, resaltar que en la ciudad no existen estadísticas conocidas con respecto a la temática planteada, lo que supone un manejo de la enfermedad no enfocada a la realidad samaria, de tal manera que la intervención no tiene en cuenta la idiosincrasia de la familia y del paciente que padece de esquizofrenia.

Sin embargo, no es del todo desconocida para la comunidad en general ni para el sector de los profesionales de la salud, en especial los que trabajan la problemática de salud mental, que la presencia de un miembro con una enfermedad crónica, genera cambios no solo en como se desenvuelve la familia en su cotidianidad, sino a su vez en sus comportamientos, pensamiento y emociones frente a todo este proceso que se presenta y cuando se trata de apoyar a dicho miembro que en este caso corresponde a una sicopatología como lo es la psicosis esquizofrenica.

De este modo y atendiendo a la importancia que adquiere la familia en el proceso de rehabilitación frente a la enfermedad, dicho estudio se plantea el siguiente interrogante:

1.2 FORMULACIÓN

¿Cuáles son las capacidades (*Adaptación, cohesión y comunicación*) de los sistemas familiares durante el proceso de afrontamiento (estrategias) ante la presencia de un miembro con diagnóstico de esquizofrenia en el centro de neurociencias en la ciudad de Santa Marta en el año 2006?

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Describir las capacidades de los sistemas familiares dentro del proceso de afrontamiento (estrategias) ante la presencia de un miembro con diagnóstico de esquizofrenia.

2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Conocer la estructura familiar dentro del sistema que presenta al miembro con diagnóstico de esquizofrenia.
- Identificar el nivel de cohesión de las familias que presenta un miembro con diagnóstico de esquizofrenia.
- Explicar el proceso de adaptabilidad familiar frente a la presencia de un miembro diagnosticado con esquizofrenia.
- Conocer el proceso de comunicación dentro del sistema familiar con un miembro con diagnóstico de esquizofrenia.

3. JUSTIFICACION

En la declaración de Caracas se exponen unos principios rectores para el desarrollo de la salud mental de las Américas, donde se reitera la necesidad de desarrollar programas de atención en salud mental, en el cual las familias deben participar en la planificación, y desarrollo de los mismos, incluyendo los servicios en salud mental, además de la concertación de acciones que permitan mejorar el estado de salud mental de la población.

Por lo anterior se considera entonces, que el aporte de esta investigación va ligada a los principios rectores de la salud mental de las Américas, ya que en esta investigación, la familia es la que proporciona datos acerca de su propia realidad, en cuanto a su estructura y funcionamiento y como responde ante situaciones tales como el tener un familiar con diagnostico de esquizofrenia.

Además que brinda datos referentes a la temática propuesta en el contexto de nuestra ciudad de Santa Marta, ya que no se conocen datos al respecto. Al mismo tiempo de hacer un aporte en el desarrollo de las ciencias humanas y de la salud, por lo que puede contribuir a la creación y desarrollo de programas de intervención psicológica a los familiares de pacientes locales, tratando de minimizar los efectos devastadores de la enfermedad en la vida del paciente y de sus familiares lo que continua a lo largo de su vida, considerando la familia como una red de apoyo en la readaptación del paciente a la sociedad.

Espero con esto contribuir a conocer el panorama familiar de un paciente con diagnostico de esquizofrenia.

4. MARCO REFERENCIAL

4.1 MARCO DE ANTECEDENTES

Teniendo en cuenta las numerosas investigaciones que se han desarrollado en estos últimos 30 años se puede decir que se han caracterizado por un continuado interés acerca de las influencias familiares sobre el individuo. Desde esta perspectiva, las características del individuo se consideran como moldeadas por sus relaciones interpersonales, y debido a ello las pautas de interacción entre los sujetos pasan a ser objeto primordial de estudio.

Puesto que en la sociedad se toma a la familia como una unidad social de gran importancia en el desarrollo de la personalidad, el estudio de los procesos de interacción familiar proporcionará la información más valiosa acerca de las formas de relación interpersonal de los sujetos. En este periodo, la esquizofrenia ha sido el principal foco de atención de investigadores y terapeutas familiares.

La década de los años 50 es la época de la formulación de las teorías familiares más importantes: las de los grupos de Bateson, Lidz y Wynne. A pesar de las marcadas diferencias entre estas tres escuelas, las tres comparten la siguiente hipótesis general condiciones de la vida familiar, especialmente ciertas formas de interacción entre los miembros familiares, pueden predisponer a un individuo a la esquizofrenia.

Las primeras investigaciones realizadas en la década de los 50 utilizaron fundamentalmente procedimientos de auto informe, y en su conjunto merecieron posteriormente el calificativo de "metodológicamente débiles" (Jacob, 1975). Es en los años 60 cuando se llevan a cabo estudios de observación directa, siendo éste un período de intensa actividad investigadora, con cientos de estudios dirigidos a poner a prueba las teorías propuestas en la década anterior. Es el "período optimista" de la investigación familiar en psicopatología.

En estos estudios utilizaban diseños transversales, examinando las variables familiares después de la aparición de la esquizofrenia en el hijo. De ese modo, era imposible establecer el impacto de las variables familiares antes del comienzo de la enfermedad y, lógicamente, aparecieron dos interpretaciones posibles: la etiológica y la responsiva. Para la primera, los patrones de interacción familiar

observados en las familias de esquizofrénicos podían haber precedido y posiblemente causado la esquizofrenia, mientras que la segunda mantenía que esos patrones característicos de las familias esquizofrénicas podían haber seguido y si causados por la esquizofrenia en el hijo.

Ahora bien, el descubrimiento de los potentes efectos de los neurolépticos contribuyó a cambiar el interés de modelos etiológicos interpersonales a modelos biológicos.

Después de los años 70 ha habido dos importantes áreas de desarrollo en la investigación sobre la familia y la esquizofrenia. Ambas se han desarrollado en el contexto de un modelo de vulnerabilidad-stress de la esquizofrenia (Lukoff, Snyder, Ventura y Nuechterlein, 1984), siendo éste el más ampliamente aceptado en la actualidad, antes que cualquier ingenuo modelo genético o familiar predominantes en los primeros estudios.

La primera área de investigación surgió a partir de las observaciones de que las fenotiazinas no eran la panacea que parecían ser: la sintomatología psicótica permanecía inalterable a pesar de la medicación en un 7 % de los pacientes, y el 35 % de los pacientes sufría de recaídas en los dos años siguientes a la aparición del trastorno, a pesar de seguir medicación de mantenimiento (Leff y Wing, 1971). Esta línea de investigación, iniciada en el Institute of Social Psychiatry de Londres, se ha dirigido hacia el estudio de recaídas en los pacientes esquizofrénicos (Leff y Vaughn, 1985). El resultado de estos estudios ha sido la obtención de un potente predictor de las recaídas del paciente esquizofrénico: la expresión de las emociones, una característica estable e independiente que refleja el tipo de relación existente entre familia y paciente, y mide las actitudes de los miembros familiares hacia el paciente, expresadas dentro del contexto de una entrevista con un profesional de la salud mental.

En 1978 Doane publica una nueva revisión de los estudios de interacción familiar, llegando a conclusiones muy diferentes de las de Jacob: "Parece que, de hecho, hay varias dimensiones a lo largo de las cuales pueden diferenciarse fiablemente familias perturbadas y normales (...). A pesar de las dificultades inherentes a la investigación familiar, las tendencias son evidentes". (Doane, 1978; pág. 374).

La revisión de Doane generó una gran controversia. Doane había tomado una dirección diferente a la de otras revisiones, rehusando aceptar los nombres de los constructos que utilizaban los investigadores; ella agrupó los constructos de acuerdo a su propia opinión acerca de su significado. A partir de este reagrupamiento, extrajo conclusiones diferentes a las de otras revisiones. Doane no sólo concluyó que las familias de esquizofrénicos mostraban mayor desviación de comunicación, sino también que era más probable que evidenciasen alianzas

parentales más débiles y frecuentes coaliciones padre (madre)-hijo, inestabilidad en la estructura de roles, y menos flexibilidad en la ejecución de tareas. Sin embargo, como Jacob y Grounds (1978) señalaron, esas conclusiones estuvieron basadas en una muy selectiva revisión de los hallazgos.

Las investigaciones sobre familia y esquizofrenia siguieron centrándose en las dos grandes áreas: relaciones de rol y desorden de la comunicación. En general, los resultados de estos estudios siguieron la misma línea que los anteriores, presentando inconsistencia en cuanto a los hallazgos sobre las relaciones familiares de rol, y progresiva acumulación de datos significativos y consistentes acerca de los desórdenes de la comunicación en el medio familiar. Sin embargo, y con respecto a la metodología, Liem (1980) en su revisión de estos estudios apuntó una considerable mejora metodológica en ambas áreas.

Los estudios realizados durante el período 1975-80, y que incluyeron análisis acerca de las relaciones familiares de rol, se centraron en tres aspectos diferentes: relaciones de poder y coaliciones, relaciones simbióticas, y relaciones erotizadas padre (madre)-hijo.

La segunda área importante de estudio de los investigadores familiares, inspirada fundamentalmente en los trabajos de Wynne y Singer, fue la de desviación de la comunicación, siendo ésta el área más beneficiada, tanto por las mejoras metodológicas como por el número de estudios sobre dicho tema, produciendo patrones de hallazgos bastante más consistentes que los obtenidos en el campo de las relaciones de rol. Así, esta área de estudio produjo un claro y consistente resultado: los padres esquizofrénicos muestran un déficit en su capacidad para compartir un foco de atención, adoptar la perspectiva de otro, y comunicar el significado clara y precisamente.

Sin embargo, este patrón de resultados podía recibir varias explicaciones. En primer lugar, que la desviación de la comunicación fuese anterior a la aparición de la esquizofrenia en el hijo y jugase un rol etiológico en el desarrollo de este trastorno. En segundo lugar, que los problemas de comunicación fuesen posteriores al surgimiento de la esquizofrenia, representando la reacción familiar al impacto que en ella ocasiona la aparición de este trastorno en uno de sus miembros. La tercera explicación alternativa es la genética; para los autores que mantienen esta hipótesis, la esquizofrenia es el resultado de la transmisión genética, por lo tanto, la desviación de la comunicación se considera epifenoménica, no etiológica.

Es a partir de la 2ª Guerra Mundial cuando se habla de Terapia Familiar como movimiento que impulsa el interés en Psiquiatría por la familia del enfermo mental. La Psiquiatría es una disciplina que trata la enfermedad mental de diferentes maneras dependiendo del modelo en que se encuadre. Así, tenemos diferentes modelos teóricos: El modelo biológico, el modelo conductista, el modelo psicodinámico y el modelo eco sistémico. Este último surge de la Ecología, la Teoría de Sistemas, la Cibernética y la teoría de la comunicación. Considera al individuo en su entorno inmediatamente significativo (contexto familiar, sociocultural, económico). Las alteraciones mentales del sujeto se consideran en conexión con los comportamientos y las expectativas de otros miembros del contexto en el cual evoluciona. (Minuchin, S. 1989)

Actualmente, la aplicación clínica más elaborada del modelo eco sistémico es la Terapia Familiar. Las raíces de dicho modelo las podemos situar en la tradición chamánica, conservando la consideración holística despojada de su significación mágica y animista, y en la concepción hipocrática, de la cual conserva la exigencia científica.

La familia suscita desde siempre sentimientos ambivalentes. La vida de familia es una de las primeras experiencias significativas de la vida del individuo; juega un papel determinante en el desarrollo tanto afectivo como físico. Dos criterios parecen constantes cuando se habla de la familia: - la alianza, es decir, el modo de afinidad y de unión conyugal. - la filiación, es decir, el modo de descendencia. A partir de éstos, distinguiremos la familia nuclear y la familia extensa. Las formas de relación que sustentan a la familia nuclear y a la extensa dependen de numerosos factores como por ejemplo, la asignación de residencia.

Es importante entonces mencionar algunos de sus precursores y pioneros¹

- ❖ John Bell, uno de los primeros en experimentar la terapia familiar. En 1951, con la familia de un adolescente agresivo.
- ❖ Nathan Ackerman, quién llegó a la terapia familiar a través de la Psiquiatría Infantil. Fundó el Family Institute en Nueva York y la revista Family Process junto con Don D.Jackson, que sería considerada la guía intelectual del movimiento.
- ❖ Christian Midelfort, fue uno de los primeros en el tratamiento de familias de esquizofrénicos. - Theodor Lidz, destacó la incapacidad de las familias de esquizofrénicos para desarrollar una estructura adecuada y favorecer una diferenciación suficiente de roles en el seno de la familia. - Lyman C. Wynne, con una preparación excelente para el estudio familiar.

1. Hernández, A. (1997) Familia: Ciclo vital y psicoterapia sistémica breve. Bogotá, El Búho.

- ❖ Murray Bowen, hospitalizó, junto con Wynne, familias de jóvenes esquizofrénicas.
- ❖ Carl Whitaker, Fue uno de los primeros en introducir a miembros colaterales de la familia en las sesiones de terapia familiar. Sus contribuciones más notables se refieren al uso de las metáforas (terapia simbólica y experiencial) y a la utilización técnica de la psicoterapia.
- ❖ Gregory Bateson, fundador del grupo de Palo Alto (1952), entre los que destacan: John Weakland, Jay Haley, William Fry, Don D. Jackson. Los trabajos del grupo de Palo Alto son considerables, tanto por las investigaciones como por las publicaciones y la enseñanza.
- ❖ Iván Boszormenyi-Nagy, introdujo el punto de vista ético en el abordaje familiar.

En los modelos antecesores de salud mental, la unidad de diagnóstico y tratamiento es el individuo, en el modelo interaccional o sistémico, dicha unidad es el sistema (díada, tríada o más personas).

Los primeros estudios referidos específicamente al campo terapéutico, se encuentran en las investigaciones realizadas por el grupo de PALO ALTO en California. Hay que mencionar el proyecto dirigido por BATESON, que desarrolló la teoría del doble vínculo, y trabajó en Palo Alto de 1952 a 1962. Centró sus estudios en el tema de la paradoja en la comunicación y trabajó con familias de pacientes esquizofrénicos. Formaban el equipo BATESON, WEAKLAND, HALEY, JACKSON y FRY. Por otro lado, al terminar el proyecto, JACKSON creó en Palo Alto el Instituto de Investigaciones Mentales" (Mental Research Institute) con otro grupo de investigadores.

En 1954, JACKSON da una conferencia titulada Homeostasis Familiar, en la misma conceptualiza la familia en términos de sistema interaccional poniendo el acento en el carácter equilibrador que posee todo síntoma individual. Al finalizar la conferencia fue abordado por Bateson e invitado a integrar el equipo sobre: Comunicación en la esquizofrenia.

La idea de intentar tratar a una familia aparece en América en 1950. Algunos terapeutas, sin conocerse entre ellos, comienzan a tratar familias completas. 1951 marca un momento histórico particularmente importante en el desarrollo de la terapia familiar. En un encuentro que tuvo en Londres, y que fue muy comentado, el Dr. SUTHERLAND y el Dr. BELL discutieron el trabajo del Dr. BOWLBY y las posibilidades de mantener sesiones con familias enteras, juntas. En realidad, lo que ocurrió fue que Bell entendió correctamente la técnica usada por Bowlby - quien en aquel momento no trataba grupos familiares enteros - pero de ese malentendido surgieron los primeros trabajos experimentales que Bell realizó con

terapia de grupo familiar, lo que a su vez influyó en otros clínicos a desarrollar esta práctica.

Algunos terapeutas notaban que cuando sus pacientes cambiaban en la terapia individual, esto tenía consecuencias dentro de la familia: algún otro desarrollaba síntomas, o la familia empezaba a apartarse. El cambio rápido de un síntoma severo en un paciente producía inestabilidad en el matrimonio y la familia.

Por estas fechas estaba claro que la terapia familiar era un concepto diferente de cambio más que un método adicional de tratamiento: para cambiar a un individuo se requiere una manera de pensar, y para cambiar la interacción entre los miembros de una familia, se requiere otra. Se trataba de cambiar el medio relacionar en que vive la persona, no sacarla de este medio e intentar cambiarla a ella.

Más que desarrollarse la terapia familiar de acuerdo con una teoría, parecía que se estaba luchando para encontrar una teoría donde encajar las prácticas. El modelo más popular fue una teoría sobre el sistema, obtenida cibernéticamente.

Así pues, vale la pena mencionar que la Terapia Familiar trata de modificar el equilibrio de la relación patogénica entre los miembros de la familia, a fin de facilitar nuevas formas de relación.

Un síntoma de cualquier miembro de la familia en un momento determinado se ve como expresión de un sistema familiar disfuncionante. Para comprender el síntoma se debe comprender no solo al portador del síntoma, sino también a la familia y al sistema familiar, ya que el síntoma cumple la función de mantener el equilibrio del sistema familiar. Se podría establecer una regla empírica: Cuando el "por qué" de un fragmento de conducta permanece oscuro, la pregunta "para qué" puede proporcionar una respuesta válida.

Una de las ventajas del modelo sistémico es que permite evaluar muchas variables a la vez, el comportamiento de cada sujeto está conectado de manera dinámica a los de los otros miembros de la familia y al equilibrio del conjunto. La desventaja es la de complicar la investigación, porque es extremadamente difícil hacer evaluaciones precisas y manipular multitud de variables.

En tanto que es un sistema abierto, la unidad familiar intercambia continuamente informaciones con su entorno, de la misma manera que con su medio interno. Una familia tiende a preservar su estabilidad, a salvaguardar su equilibrio y lo hace

mediante feedbacks negativos puestos en juego en respuesta a todo comportamiento de sus miembros o a toda información que tiene por efecto desestabilizarla. La familia no puede mantener indefinidamente el mismo equilibrio, atravesando periódicamente crisis que la llevan a modificar su equilibrio adaptándose a las nuevas necesidades de sus miembros o a las exigencias de su entorno. Cambia dando feedbacks positivos. La capacidad de cambio de las familias depende de su grado de apertura.

El camino común de los pioneros en terapia familiar ha sido el de remontar a partir de síntomas individuales hasta disfunciones específicamente familiares. Sólo de manera progresiva a lo largo de sucesivas entrevistas con la familia, el terapeuta llega a ser competente para comprender a la familia y para definir o situar las disfunciones. Cuando hablamos de disfunciones territoriales nos referimos a las disfunciones relacionadas con la manera en que se distribuyen, respetan o ignoran, rigidifican o violan los diferentes tipos de fronteras en el seno del sistema familiar o entre éste y el entorno social. Las fronteras internas y externas del sistema determinan quién participa y quién no en una operación.

Cuando las fronteras son demasiado permeables e indiferenciadas hablamos de una estructura familiar aglutinada. Mientras que si éstas están muy marcadas o rígidas será desligada. Otra consideración estructural de las interacciones familiares está dada por el concepto de alineamientos (ponen de manifiesto el acuerdo o la oposición de uno o varios miembros en la ejecución de una operación).

Hay dos clases: Alianzas (interés compartido por dos miembros de la familia en una acción común) y Coaliciones (proceso de acción conjunta entre dos o más personas, contra otra persona). El concepto de rol designa el conjunto de comportamientos y de funciones que un miembro de la familia asume frente a los otros. Pueden ser: claros o difusos. El clima afectivo que reina en el sistema familiar es una de las primeras realidades con las que todo terapeuta se encuentra confrontado en cada encuentro. Por ejemplo, las familias de esquizofrénicos se distinguen porque suelen tener una extrema pobreza afectiva en sus intercambios y una distribución inadecuada de roles afectivos.

Los procesos de autonomía e individuación dependen mucho de la familia. Así, en familias muy apegadas las separaciones son mal toleradas y el sistema familiar emite toda clase de feedbacks negativos frente a toda tentativa de autonomía.

Stierlin ha intentado conceptualizar tres modalidades relacionales familiares que pueden explicar los mecanismos de control a distancia que el sistema familiar de origen pone en funcionamiento para dificultar la individuación de sus miembros: la modalidad por unión, la delegación por unión y la delegación por rechazo.

El hacer una terapia de familia, o un proceso de evaluación e investigación sistémica de la familia significa que el terapeuta - investigador debe establecer de entrada una relación significativa con la familia considerada como una unidad. (Hernández, A. 2001).

En este momento es de importancia tomar *La Familia desde el Paradigma Sistémico*, esta perspectiva surge como un salto paradigmático del individuo al grupo familiar, como objeto de estudio e intervención y trae como consecuencia el cambio de foco de los atributos de los procesos interaccionales como unidades de análisis, es decir de la observación de la familia como sistema.

A partir de éstos, pueden seguirse diferentes vías terapéuticas:

- ❖ La vía estructural, desarrollada por Minuchin, señala las modificaciones de la estructura del sistema familiar;
- ❖ La vía estratégica, donde la relación terapéutica y las intrafamiliares se consideran bajo el ángulo de las relaciones de poder.
- ❖ La vía constructivista quien se centra en los significados y la comunicación simbólica y metafórica del sistema familiar.

Una forma de aplicación del enfoque sistémico en la familia es el Abordaje Familiar. Su marco es flexible, lo importante es la manera en que se sitúa el problema y dónde se actúa. Se hace desde una perspectiva Sistémica, poniendo el foco en el contexto familiar en su conjunto, incluso si no están presentes todos los miembros en la sesión. Lo importante no es la técnica sino pensar en términos de sistema.

Por ello el modelo a desarrollar basado en el paradigma sistémico a durante la investigación se hará tomando al modelo estructural de salvador Minuchin, y los aportes de otros autores como Maturana, y Watzlawick, este último en lo concerniente a lo que se refiere a la comunicación de manera descriptiva.

4.2 MARCO TEÓRICO

La delimitación del sistema depende del observador. Por tal razón, según el nivel de observación elegido, el sistema puede ser: el individuo en su contexto familiar, laboral, escolar, otras; la familia; el sistema de ayuda, conformado por el profesional y los consultantes; la empresa o la institución; la escuela; el barrio, entre otros. Esta delimitación corresponde también a la de los posibles niveles de intervención.

4.2.1 Definición de Familia bajo la Perspectiva Sistémica

Se inicia entonces, por decir que de cada fase del ciclo vital del individuo, la familia es de capital importancia para definir las expectativas sociales y proporcionar los recursos necesarios al crecimiento. La familia es el grupo en donde comienza el aprendizaje acerca de cómo aprender.

Se define a la familia como un sistema social natural con características propias, tales como el desarrollo de un conjunto de papeles y reglas, una estructura de poder, patrones específicos de comunicación y formas de negociación y resolución de problemas, a través de las cuales se despliegan las funciones inherentes a su naturaleza como grupo y como institución.

Dentro de dicho sistema los individuos están vinculados entre sí por un apego emocional intenso, durable y recíproco, y por lealtades cuya fuerza puede fluctuar a lo largo del tiempo, pero que se mantienen a través de la vida de la familia. Como sistema abierto, la familia funciona respecto a y dentro de su más amplio contexto socio-cultural y evoluciona a través de su ciclo de vida, operando dentro de los principios aplicables a todo sistema; causalidad circular, No Sumatividad, Equifinalidad, Comunicación.

Estos principios condensan en sí las tres perspectivas básicas desde las cuales se puede estudiar a la familia como sistema: Estructural, la Funcional, y la Evolutiva.

4.2.1.1 Concepto de Estructura Familiar:

“Se entiende por “estructura” el conjunto de códigos que regulan la relación entre los miembros de la familia. La estructura familiar es el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia. Una familia es un sistema que opera a través de pautas transaccionales, las transacciones repetidas establecen pautas acerca de que

manera, cuando y con quien relacionarse y estas pautas apuntalan el sistema. (Minuchin, 1989)

Las pautas transaccionales regulan la conducta de los miembros de la familia. Son sometidas por dos sistemas de coacción.

El primero es genérico e implica las reglas universales que gobiernan la organización familiar, debe existir una jerarquía de poder en la que los padres y los hijos poseen niveles de autoridad diferentes. También debe existir una complementariedad de las funciones, en la que el marido y la esposa acepten la interdependencia y operen como equipo.

El segundo sistema de coacción es idiosincrásico, e implica las expectativas mutuas de los diversos miembros de la familia. De ese modo el sistema se mantiene en si mismo. Cuando existen situaciones de desequilibrio del sistema, es habitual que los miembros de la familia consideren que los otros miembros no cumplen con sus obligaciones.

La familia debe responder a cambios internos y externos y, por lo tanto, debe ser capaz de transformarse de modo tal que le permita encarar nuevas circunstancias sin perder la continuidad que proporciona un marco de referencia a sus miembros.

Los individuos son subsistemas en el interior de una familia. Los subsistemas pueden ser formados, por generación, sexo, interés o función. Cada individuo pertenece a diferentes subsistemas en los que posee diferentes niveles de poder y en los que aprende habilidades diferenciadas.

Variaciones comunes en la organización y estructura en la familia según Minuchin son:

- Familia Nuclear: Esposo, esposa e hijos.
- Familia Extensa. Familia nuclear además de abuelos, tíos etc.
- Familia Mezclada. Esposo, esposa, además de los hijos de los matrimonios previos.
- Familia De Hecho. Hombre, mujer y posibles hijos viviendo juntos como una familia, aunque los dos primeros no han tenido una ceremonia de matrimonio legal.
- Familia Comuna. Hombre, mujer e hijos viviendo juntos compartiendo derechos y responsabilidades y colectivamente todas las propiedades, algunas veces abandonan los tradicionales matrimonios monogámicos.
- Familia De Un Solo Padre. El hogar es dirigido por un solo padre (hombre o mujer), por posible muerte, divorcio, deserción o porque nunca ha habido matrimonio.

- Familia En Serie. Hombre o mujer con una sucesión de matrimonios así hayan adquirido diferentes esposos y diferentes familias a través del tiempo pero una familia nuclear al tiempo.
- Familia Compuesta. Una forma de matrimonio poligámico en el cual dos o más familias nucleares comparten un esposo común (poliginia) o esposa (poliandria) siendo la primera forma la más prevalente.
- Cohabitación. Una más permanente relación entre dos personas que no son casadas de diferente sexo quienes comparten un arreglo de vínculo no legal.
- Parejas Homosexuales. Parejas del mismo sexo quienes desarrollan y mantienen una relación homosexual.

La familia se caracteriza entonces, por el hecho de que el comportamiento de cada uno de sus miembros está relacionado con el comportamiento de los otros. Esta igualmente tejida por el conjunto de influencias reciprocas que se ejercen a partir de necesidades naturales, biológicas o afectivas, sentimientos, deseos, fantasmas, emociones, expectativas abiertas o secretas, alianzas y lealtades mutuas, convicciones y creencias compartidas, estilo de lenguaje y comunicación. Según la intensidad de los lazos, todo cambio que sobreviene en uno de los miembros, afecta, de cerca o de lejos, al conjunto del grupo familiar en su equilibrio y provoca cambios adaptativos en los otros miembros. El comportamiento familiar es algo más que la suma del comportamiento de sus miembros; refleja el funcionamiento de una unidad.

4.2.2 Consideraciones acerca de la Familia

No se puede dejar de decir, que en todo sistema familiar se presentan Crisis, Morfogénesis y Cambio en la familia lo que obedece a que ésta no puede mantener el mismo equilibrio, es natural que la familia atraviese periódicamente crisis o fases de desestabilización adaptándose a las nuevas necesidades de sus miembros o las exigencias de su entorno

Por otro lado, las técnicas tradicionales de salud mental se originaron en una fascinación producida por la dinámica del individuo. Esta preocupación condujo a los terapeutas a concentrarse en la exploración de la vida intra psíquica. Como consecuencia inevitable, las técnicas de tratamiento basadas en esta concepción se concentraron, exclusivamente, en el individuo, aislado de su medio. Entre el individuo y su contexto social se erigió una frontera artificial. Al ser tratado de forma aislada, era inevitable que las observaciones, y por consiguiente el material encontrado, se centrara en el individuo. Por ello, se llegó a concebir al individuo como el "asiento de la patología". El tratamiento de la familia aporta una nueva perspectiva: relaciona el comportamiento disfuncional con la red de interacciones

producidas en el seno familiar y la considera como una unidad bio-psico-social-espiritual. Este abordaje terapéutico de la familia en su totalidad ha supuesto un paso más en la evolución de la psicopatología mental, ya que trastornos que no mejoraban mediante tratamientos individuales, han podido resolverse con la aplicación de esta terapia.

La terapia familiar es un cuerpo de teoría y técnicas que estudian al individuo en su contexto social. La terapia basada en este marco de referencia intenta modificar la organización de la familia. Cuando se transforma la estructura del grupo y familiar, se modifican consecuentemente las posiciones de los miembros en ese grupo. Como resultado de ello, se modifican las experiencias de cada individuo. El terapeuta familiar posee un tronco más amplio y una mayor flexibilidad, lo cual aumenta las posibilidades de intervención terapéutica.

El terapeuta familiar no se limita a la interacción de la familia tal como ha sido internalizada, por ejemplo, por el niño, sino que puede experimentar por sí mismo la forma en que los miembros de la familia se sostienen y califican mutuamente. Desarrolla entonces una teoría interaccional para explicar el fenómeno que observa. (Minuchin, Salvador 1989.)

Carlos Sluzki define la familia, como un conjunto en interacción, organizado de manera estable y, estrecha en función de necesidades básicas con una historia y un código propios que le otorgan singularidad; un sistema cuya cualidad emergente excede la suma de las individualidades que lo constituyen. Sluzki, C. (1987)

Hall, Fagen, Mara Selvini, etc., coinciden en afirmar que la familia es un sistema abierto, compuesto de elementos humanos que forman una unidad funcional, regida por normas propias, con una historia propia e irrepetible y en constante evolución.

El crecimiento de una familia se produce por la relación de sus miembros entre sí y con otros sistemas ajenos a ella, en una cadena sin fin de informaciones y retroalimentaciones.

Las funciones de la familia sirven a dos objetivos distintos, uno interno y el otro externo:

- a) La protección psico-social de sus miembros (interno)
- b) La acomodación y transmisión de una cultura (externo)

C) En todas las culturas, la familia imprime a sus miembros un sentimiento de identidad independiente. La experiencia humana de identidad posee dos elementos: un sentimiento de identidad y un sentido de separación.

El sentimiento de la identidad de cada miembro se encuentra influido por su sensación de pertenencia a una familia específica. El sentido de separación y de individuación se logra a través de la participación en diferentes subsistemas familiares en diferentes contextos familiares, al igual que a través de la participación en grupos extra familiares. El niño y la familia crecen en conjunto, y la acomodación de la familia a las necesidades del niño delimita áreas de autonomía que él experimenta como separación.

d) Aunque la familia es matriz del desarrollo psicosocial de sus miembros, también debe acomodarse a la sociedad y garantizar alguna continuidad a su cultura. Esta función social ha sido fuente de ataques contra la familia por movimientos contraculturales.

La familia, como sistema, opera a través de pautas transaccionales, las cuales al repetirse establecen la manera, el cuando y el con quién relacionarse, reforzando de este modo el sistema.

Sin embargo, la familia debe responder a cambios internos y externos para poder encarar nuevas circunstancias sin perder la continuidad. Por eso una familia se transforma con el correr del tiempo adaptándose y reestructurándose para poder seguir funcionando.

Cualquier cambio en un elemento influye en todos los demás y el todo volverá a influir en los elementos haciendo que el sistema se torne diferente (totalidad). Se rige por reglas que sólo tienen validez y sentido en su seno (identidad). Vive de las interrelaciones entre sus miembros, consideradas como circulares. La causalidad circular, diferente de la lineal, incide en la observación y comprensión de las relaciones presentes entre los miembros de una familia.

Posee un orden jerárquico que permite la viabilidad del grupo, mediante sus propias funciones y estructura, gobernadas en último término por el principio de equidad.

En respuesta a las demandas habituales, la familia activará preferentemente algunas pautas transaccionales alternativas cuando las condiciones internas o externas de la familia exijan su reestructuración. De este modo, la familia se adaptará al "stress" de modo que mantenga su continuidad a la vez que posibilite su reestructuración.

La familia normal no puede ser distinguida de la familia, anormal por la ausencia de problemas; por lo tanto, el terapeuta debe disponer de un esquema conceptual del funcionamiento familiar que lo ayude a analizar a una familia. Bien se puede decir que la etiqueta de patología debe reservarse a las familias que frente a las tensiones incrementan la rigidez de sus pautas límites transaccionales y evitan o resisten toda exploración de variantes.

En estas familias el terapeuta debe convertirse en el actor del drama familiar, incorporándose a las coaliciones existentes para modificar el sistema y desarrollar un nivel diferente de homeostasis. Sin embargo, un gran número de familias que se incorporan a la terapia deberían ser consideradas y tratadas como familias corrientes en situaciones transaccionales, que enfrentan las dificultades de acomodación a nuevas circunstancias. En estas familias el terapeuta confía en la motivación de la familia como camino para la transformación.

La estructura familiar no constituye una entidad inmediatamente observable por parte del observador. Los datos del terapeuta y su diagnóstico se logran experimentalmente en el proceso de asociarse con la familia. El terapeuta analiza el campo transaccional en el que se relaciona con la familia, para lograr así un diagnóstico estructural.

Además de lo anterior, hay que reconocer las Alianzas y Coaliciones que existen en las familias, entonces al hablar de "alianza" se entiende la unión y el apoyo mutuo que se dan, entre sí, dos personas. La alianza supone compartir intereses sin estar dirigida contra nadie.

La "coalición", en cambio, es la unión de dos miembros contra un tercero. Es un acuerdo de alianzas establecido para mutuo beneficio de los aliados frente a un tercero. La coalición divide a la tríada en dos compañeros y un oponente.

Del mismo modo, existen Subsistemas y Clases de Límites que se mencionan a continuación para comprender mejor el funcionamiento familiar:

A) Subsistemas

El sistema familiar se diferencia y desempeña sus funciones a través de sus subsistemas". Los individuos son subsistemas en el interior de una familia. Las díadas, como la de marido-mujer, madre-hijo o hermano-hermana, pueden ser subsistemas. Los subsistemas pueden ser formados por generación, sexo, interés o función. Cada individuo pertenece a diferentes subsistemas en los que posee diferentes niveles de poder y en los que aprende habilidades diferenciadas.

Así, por ejemplo, el "subsistema conyugal" (matrimonio), se constituye cuando dos adultos de sexo diferente se unen con la intención expresa de constituir una

familia. La pareja debe desarrollar pautas en las que cada esposo apunte la acción del otro en muchas áreas. Deberán ceder parte de su individualidad para lograr un sentido de pertenencia.

El "subsistema parental" (padres), se constituye al nacer el primer hijo. El funcionamiento eficaz requiere que los padres y los hijos acepten el hecho de que el uso diferenciado de autoridad constituye un ingrediente necesario del subsistema parental. Ello se convierte en un laboratorio de formación social, para los niños, que necesitan saber cómo negociar en situaciones de poder desigual.

El "subsistema fraterno" (hermanos), es el primer laboratorio social en el que los niños pueden experimentar relaciones con sus iguales. En el mundo fraterno, los niños aprenden a negociar, cooperar y competir.

Suprasistema: Engloba los sistemas con los que la familia mantiene contacto. El sistema familiar que hemos descrito se relaciona con otros según su capacidad para dar y recibir información.

El suprasistema incluye la familia de origen, el colegio, el trabajo, los amigos, las asociaciones de todo tipo, etc. Las informaciones que produce enriquecen el sistema familiar y contribuyen a su crecimiento.

B) Clases de Límites

Los "límites" de un subsistema están constituidos por las reglas que definen quiénes participan, y de qué manera. La función de los límites reside en proteger la diferenciación del sistema.

Así, por ejemplo, cuando la madre (M) le dice a su hijo mayor (H): "No eres el padre de tu hermano; si anda en bicicleta por la calle, dímelo y yo lo haré volver, pero no vuelvas a gritarle", el límite del subsistema parental queda definido de forma clara (es la madre la que va a ejercer la función ejecutiva: "yo lo haré volver"). Gráficamente tenemos: M (subsistema parental ejecutivo) --- H (subsistema fraterno). Si el subsistema parental incluye un hijo en "rol parental" (HP), el límite queda definido por la madre, por ejemplo, al decir al niño: "Hasta que vuelva del almacén, Ana se ocupa de todo": MYHP (subsistema ejecutivo) hijos (subsistema fraterno)

Para que el funcionamiento familiar sea adecuado, los límites de los subsistemas deben ser claros. La claridad de los límites en el interior de una familia constituye un parámetro útil para la evaluación de su funcionamiento. Deben definirse con suficiente precisión como para permitir a los miembros de los subsistemas el desarrollo de sus funciones sin interferencias indebidas, pero también deben permitir el contacto entre los miembros del subsistema y los otros.

Es posible considerar a todas las familias como pertenecientes a algún punto situado entre un continuum cuyos polos son los dos extremos de "límites difusos", por un lado, y de "límites rígidos", por el otro. La mayor parte de las familias se incluyen dentro del amplio espectro normal.

Gráficamente, los tres tipos de límites, se representan:

- * **límite CLARO --- Límite claramente definido**
- * **límite DIFUSO --- Límite permeable**
- * **límite RÍGIDO --- Límite no permeable**

La familia con límites difusos recibe el nombre de "familia aglutinada"; la familia con predominio de límites rígidos, se llamará "familia desligada".

Los miembros de familias aglutinadas (límites difusos) pueden verse perjudicados en el sentido de que el exaltado sentido de pertenencia requiere abandono de la autonomía. La conducta de un miembro de la familia afecta de inmediato a los otros y el stress individual repercute intensamente a través de los límites y produce un rápido eco en otros subsistemas. Así pues, la familia aglutinada responde a toda variación en relación con lo habitual con una excesiva rapidez e intensidad.

Los miembros de familias desligadas (límites rígidos) pueden funcionar en forma autónoma, pero poseen desproporcionado sentido de independencia y carecen de sentimientos de lealtad y pertenencia y, de requerir ayuda mutua cuando la necesitan. Estas familias toleran una amplia gama de variaciones individuales entre sus miembros. El stress que afecta a uno de sus miembros no atraviesa los límites inadecuadamente rígidos. Así, pues, la familia desligada tiende a no responder cuando es necesario hacerlo.

Por tanto, las operaciones en los extremos del continuo señalan áreas de posible patología. El terapeuta debe operar como un delineador de límites, que clarifique los límites difusos y abra los límites excesivamente rígidos.

Por otra parte, JACKSON caracteriza a la familia como un sistema gobernado por reglas. Las reglas son "formulaciones hipotéticas elaboradas por un observador para explicar la conducta" observable de la familia. La regla es una inferencia, una abstracción, una "metáfora" por la que el observador abarca la redundancia que observa.

El concepto más simple y claro que puede darse de las "reglas" es que son acuerdos relacionales que prescriben o limitan los comportamientos individuales en una amplia gama de áreas comportamentales, organizando su interacción en un sistema razonablemente estable.

Esto supone, un "acuerdo" para obrar de un determinado modo, lo cual no quiere decir que esto sea tan consciente como puede parecer al exponerlo de este modo. La mayoría de las veces se trata de un acuerdo que no goza de las características de ser consciente y, aunque parezca paradójico, muchas veces tal acuerdo no es conocido ni por los mismos participantes. Lo van construyendo como fruto de ajustes que facilitan el mantenimiento de una "homeostasis familiar", que de otro modo quedaría comprometida.

Se puede plantear, que en la familia que comienza no hay reglas establecidas. Cada miembro componente de la misma aportará, a lo sumo, sus propias experiencias y sus propios modelos de intercomunicación según los esquemas aprendidos o elaborados en el sistema familiar de origen; pero esto no bastará para todo lo que ahora han de ir estructurando.

Este conjunto de reglas o leyes con que se va construyendo el sistema familiar a lo largo del tiempo y a través de inevitables reajustes por tanteo y error, es semejante al programa de un calculador. En la familia puede ser observado tal funcionamiento en términos de aquí y ahora. El descubrimiento de las reglas que rigen la vida de un sistema familiar es obra que requiere una larga y cuidadosa observación, semejante a la que tendría que poner en práctica el desconocedor del juego del ajedrez, por ejemplo, que tratase de ver cuáles son las reglas que ponen en practica dos jugadores a lo largo de una partida.

Las reglas las podemos clasificar en tres categorías:

A) Reglas reconocidas (rr):

Son reglas que se han establecido explícitamente y de manera directa y abierta. Comprenden acuerdos en distintas áreas, tales como normas de convivencia, asignación de tareas, responsabilidad de ciertos papeles, expresión de necesidades personales, etc.

B) Reglas implícitas (ri):

Estas reglas constituyen funcionamientos sobreentendidos acerca de los cuales la familia no tiene necesidad de hablar de modo explícito. Se dan en la dinámica de la familia, aunque no se han verbalizado.

C) Reglas secretas (rs).

Estas son las más difíciles de descubrir al estudiar una familia. Son modos de obrar con los que un miembro, por ejemplo, bloquea las acciones de otro miembro; son actos que tienden a desencadenar actitudes deseadas por quien manipula el resorte que los provoca. Así, por ejemplo, en una familia la regla

secreta establece que una conducta dé autonomía e independencia en la hija vaya seguida por una queja psicósomática de la madre y esto conlleve una mayor implicación del padre en la casa.

Por otra parte, es trascendente la Función Protectora del Síntoma que ejerce la familia. Al respecto, si un niño presenta una conducta problemática, queda singularizado dentro de la familia como una fuente especial de preocupación para los padres, que se ven envueltos en una lucha para modificarlo. El niño puede tener un síntoma cualquiera dentro de una amplia variedad (terrores nocturnos dolores de cabeza, piromanía, enuresis), pero sean cuales fueran sus dificultades, su conducta perturbada mantiene a los progenitores involucrados en el intento de ayudarlo y cambiar su comportamiento.

Un progenitor puede tener problemas en su trabajo, roces con sus parientes o enfrentar una amenaza de separación de su cónyuge, pero la pareja dejará de lado sus propios problemas, al menos temporalmente, para asistir a su hijo o controlarlo. Procurarán superar sus propias fallas y mantenerse unidos con el objeto de ayudar al chico. En tal sentido, la conducta perturbada de este último es beneficioso para los padres, ya que les da un respiro en sus tribulaciones y una razón para vencer sus dificultades. Ya sea que la conducta del niño genere la solicitud, protección o castigo de sus progenitores, hace que la inquietud de estos se centre en él y que se vean a sí mismos como padres de un niño que los necesita, en lugar de verse como individuos abrumados por dificultades personales, económicas o sociales. En este sentido, el niño cumple en su familia el papel de benefactor o protector solícito de los demás.

El problema del niño ofrece al progenitor una excusa conveniente para eludir situaciones desagradables. Si cuando el padre vuelve a su casa turbado y preocupado el hijo se porta mal, en vez de seguir preocupado por su trabajo el padre puede descargar su enojo contra el chico; el mal comportamiento del niño es útil para él. Además, haciendo que su padre se enoje con él, le ahorra a su madre tener que ayudar a su marido, ya sea compadeciéndose de sus problemas o discutiendo con él. De este modo, pues, el niño ayuda a sus dos progenitores.

Esto no significa que el niño planee deliberadamente proteger a los padres suscitando su preocupación. No se puede afirmar, que para entender todos los síntomas de los niños lo mejor es considerarlos desde el punto de vista de su función protectora. A veces un problema presentado es resultado de la negligencia o de un padecimiento físico. A veces, también, el elemento protector se pierde en la tiranía que el niño impone a sus padres. Pero ya sea que se vea en el niño sintomático a un protector o a un tirano, lo cierto es que su conducta perturbada cumple en la familia una función útil, aunque infortunada.

Es primordial establecer de manera clara como funciona la familia en su diario acontecer por lo cual se explica a continuación conceptos que permiten indagar un poco más acerca del funcionamiento de la misma.

4.2.3. Homeostasis y Morfogénesis Familiar.

La "homeostasis" es el estado interno relativamente constante de un sistema que se mantiene mediante la autorregulación (retroalimentación negativa)

El concepto de homeostasis fue introducido en la fisiología en 1932 por W. CANNON, para explicar la constancia relativa de ciertas dimensiones fisiológicas. Por ejemplo, la temperatura del cuerpo de los mamíferos que se mantiene constante, frente a la temperatura cambiante del ambiente externo.

ASHBY amplió este concepto aplicándolo a los sistemas cibernéticos en general. Hay algunos sistemas que son capaces de compensar ciertos cambios del ambiente manteniendo, a la vez, una estabilidad en sus propias estructuras. Así pues, la homeostasis, también llamada "MORFOSTASIS", es posible gracias a la puesta en marcha de mecanismos con retroalimentación negativa en el sistema.

El concepto opuesto a morfostasis es el de "MORFOGÉNESIS". Este concepto lo introdujo MARUYAMA para describir fenómenos de cambio de las estructuras de un sistema, gracias a la retroalimentación positiva.

JACKSON, en 1957, fue el primero en aplicar este concepto a los sistemas familiares. Usó el término de homeostasis para describir sistemas familiares patológicos que se caracterizaban por una excesiva rigidez y un potencial limitado de desarrollo. SLUZKI, C. 1974.

Se puede definir, por tanto, la homeostasis simplemente como "el mismo estado", y es esta propiedad la que permite a un sistema permanecer en un "estado estable" a través del tiempo.

La homeostasis es posible por el uso de información proveniente del medio externo incorporada al sistema en forma de "feedback" (retroalimentación). El "feedback" activa el "regulador" del sistema, que, alterando la condición interna de éste, mantiene la homeostasis. Un ejemplo muy común del modo como funciona la homeostasis es el de un sistema de calefacción central, que mantiene a la casa en un estado estable de calor. Utiliza un termostato, que desempeña el papel de regulador y que responde al feedback referente a la temperatura del "suprasistema" exterior a la casa. Cuando la temperatura exterior desciende, el termostato actúa aumentando la temperatura dentro de la casa.

La homeostasis es un mecanismo auto correctivo. Se refiere fundamentalmente a la preservación de lo que es, contra los ataques de factores externos de stress.

Aunque en su inicio este concepto se utilizó para identificar los sistemas familiares patológicos, hay que tener presente que un sistema familiar funcional y sano requiere una medida de homeostasis para sobrevivir a los "ataques" del medio, y para mantener la seguridad y la estabilidad dentro de su medio físico y social. El sistema deviene fijo y disfuncional en su rigidez solamente cuando este mecanismo "hiperfunciona".

Posteriormente, se desarrolló en terapia familiar el concepto de crecimiento (llamado también morfogénesis), un concepto que fue considerado superficialmente a causa de que los primeros terapeutas familiares estaban excesivamente concentrados en el concepto de la homeostasis. En contraste con la homeostasis, que es, como se ha visto, "un mecanismo protector de lo que es", los mecanismos morfogénicos se refieren a las modificaciones y al crecimiento.

Un resultado de la morfogénesis es un aumento de la diferenciación de las partes componentes del sistema, por medio de la cual cada uno puede desarrollar su propia complejidad permaneciendo en relación funcional con la totalidad. En vez de enfatizar la "auto corrección" de la homeostasis, se enfatiza la "auto dirección" de la morfogénesis.

SPEER aúna los dos conceptos en el término general de "VIABILIDAD", que usa para describir el carácter esencial de la familia y de otros sistemas sociales. La "viabilidad" describe un sistema capaz, en diversos grados, de procesos homeostáticos y morfogénicos. El grado en que un sistema familiar es capaz de utilizar "ambos" tipos de mecanismos apropiadamente para aproximarse a sus propios objetivos, es el grado en el cual puede describirse como sano y funcional.

Además de lo anterior, es significativo conocer las diferentes etapas del ser humano, que se explican a continuación.

4.2.4. Etapas del Ciclo Vital

El sistema familiar es un ser vivo que, al igual que un ser individual, puede ser susceptible de estudio desde la perspectiva de etapas o fases de evolución. (Haley, Jay 1972)

4.2.4.1 Periodo de galanteo (adolescencia)

Una diferencia crucial entre el hombre y todos los demás animales es que el primero es el único con "parientes políticos". En cada etapa de la vida de la familia

humana está involucrada una familia extensa; mientras que en las otras especies hay discontinuidad entre las generaciones. Una osa no dice a su hija con quién "debe casarse", ni supervisa la crianza de sus oseznos; los padres humanos, en cambio, influyen en las parejas potenciales de sus hijos y ayudan a criar a los nietos. Por lo tanto, el matrimonio no es meramente la unión de dos personas, sino la conjunción de dos familias que ejercen su influencia y crean una compleja red de subsistemas.

Existe un período de la vida en que la gente joven aprende a galantear y a participar en esta actividad, y cuanto más se demore dicho proceso en un chico, tanto más periférico llegará a ser, respecto a la red social. El joven que ha cumplido veintitantos años y todavía no ha salido con chicas estará en inferioridad de condiciones cuando alterne con otros muchachos de su edad que ya llevan años de experiencia en cuanto a técnicas de "galanteo". No se trata solamente de que el joven inexperto no ha aprendido cómo manejarse con el sexo opuesto o que no puede disparar las respuestas físicas adecuadas, sino que su conducta social es inadecuada; las personas a quienes elige para galantear están pasando por las últimas etapas de la conducta de galanteo, mientras que él todavía se está abriendo camino por los primeros pasos del proceso.

El adolescente enfrenta un problema particular: su involucración simultánea con su familia y con sus pares. El modo en que debe comportarse para adaptarse a su familia tal vez impida su desarrollo normal respecto de la gente de su edad. Se trata, esencialmente, de un problema de destete, y este último no es completo hasta que el chico abandona el hogar y establece vínculos íntimos fuera de la familia. Volviendo a la referencia animal, sabemos que la madre osa se desinteresa de sus oseznos y los abandona. Los padres humanos pueden soltar a sus hijos, pero también enredarlos a perpetuidad en la organización familiar.

Así como la gente joven puede evitar el matrimonio por razones intrínsecas a la familia, también puede lanzarse prematuramente al matrimonio en un intento de liberarse de una red familiar desdichada.

4.2.4.2 Constitución de la pareja estable

Cualquiera que sea la relación entre dos personas antes del matrimonio, la ceremonia modifica en forma impredecible su naturaleza. Para muchas parejas el período de la luna de miel y el tiempo que transcurre antes de que tengan hijos es un período delicioso. Para otros no lo es; puede producirse una tensión desquiciante, capaz de romper el vínculo marital o de generar síntomas en los individuos antes de que el matrimonio se haya puesto realmente en marcha.

Aunque el acto simbólico de contraer matrimonio tiene un significado diferente para cada uno, es, ante todo, un acuerdo de que la joven pareja se compromete

mutuamente de por vida. Cuando la pareja casada empieza a convivir, debe elaborar una cantidad de acuerdos, necesarios para cualquier par de personas que viven en íntima asociación. Deben acordar nuevas maneras de manejarse con sus familias de origen, sus pares, los aspectos prácticos de la vida en común, y las diferencias sutiles y gruesas que existen entre ellos como individuos. Implícita o explícitamente han de resolver una extraordinaria cantidad de cuestiones, algunas de las cuales son imposibles prever antes del matrimonio.

Es frecuente que durante este período inicial eviten la discusión abierta o las manifestaciones críticas, debido al aura benevolente que rodea al nuevo matrimonio y a que no desean herir sus respectivos sentimientos. A veces los temas que no pueden discutirse quedan enquistados en el matrimonio. En este período temprano, marido y mujer aprenden a usar, tanto como el poder de la fuerza, el poder manipulativo de la debilidad y la enfermedad.

No es posible separar fácilmente las decisiones de la pareja reciente de la influencia parental. La joven pareja debe establecer su territorio, con cierta independencia de la influencia parental, y a su vez los padres deben cambiar los modos de tratar a los hijos, una vez que estos se han casado. La involucración paterna en un nuevo matrimonio puede ser causa de desavenencias en éste, a menudo sin que nadie se dé cuenta de cuál es el origen de ese sentimiento negativo.

Algunas parejas intentan delimitar su propio territorio en forma totalmente independiente, cortando toda relación con las familias de origen. Esto no suele dar resultado y, por el contrario, tiende a desgastar a la pareja, porque el arte del matrimonio incluye el que la independencia se alcance mientras al mismo tiempo se conserva la involucración emocional con los respectivos parientes.

4.2.4.3 El nacimiento de los hijos

Una pareja joven que durante el primer período matrimonial ha elaborado un modo afectuoso de convivencia se encuentra con que el nacimiento de un niño plantea otras cuestiones y desestabiliza las antiguas. Cuando surge un problema durante este período no es fácil determinar la "causa", porque en el sistema familiar son muchos y diversos los ordenamientos establecidos que se revisan como resultado de la llegada de un hijo. Parejas jóvenes que consideran a su matrimonio como un ensayo, se encuentran con que la separación es menos posible. Es posible que algunas parejas que se creían mutuamente comprometidas, se descubren sintiéndose atrapadas con la llegada de un niño y aprenden, por primera vez, la fragilidad de su original contrato matrimonial.

Con el nacimiento de un niño, están automáticamente en un triángulo. No es un

triángulo con un extraño o un miembro de la familia extensa; es posible que se desarrolle un nuevo tipo de celos cuando un miembro de la pareja siente que el otro está más apegado al niño que a él o a ella. Muchas de las cuestiones que enfrenta la pareja empiezan a ser tratadas a través del niño; si un hijo se convierte en parte de un triángulo, cuando es suficientemente grande para abandonar el hogar se suscita una crisis, porque la pareja queda frente a frente sin recurso niño interpuesto entre ellos; se reactivan entonces cuestiones irresueltas desde hace muchos años, antes de que el niño naciera.

En la etapa del cuidado de los niños pequeños se plantea un problema especial a algunas mujeres. El ser madres es algo que ellas anticipan como una forma de autorrealización. Pero el cuidado de los niños puede ser una fuente de frustración personal. Su educación las preparó para el día en que fueran adultas y pudieran emplear sus aptitudes especiales, y ahora se encuentran aisladas de la vida adulta y habitando nuevamente un mundo infantil. Por el contrario, el marido habitualmente puede participar con adultos en su mundo de trabajo y disfrutar de los niños como una dimensión adicional de su vida. La esposa que se encuentra en buena medida limitada a la conversación con niños también puede sentirse denigrada con el rótulo de ser "solamente" ama de casa y madre. El anhelo de una mayor participación en el mundo adulto para el que se preparó puede hacerla sentir insatisfecha y envidiosa de las actividades de su marido.

En ocasiones, un período de crisis es cuando los hijos empiezan la escolaridad.

La escuela representa para los padres su primera experiencia con el hecho de que los hijos terminarán por dejar el hogar y ellos quedarán solos frente a frente. Es en esta etapa cuando la estructura familiar se hace más visible para un terapeuta consultado a causa de un problema infantil. Las pautas de comunicación en la familia se han hecho habituales, y ciertas estructuras no pueden adaptarse a la naciente involucración del niño fuera de la familia.

Es común encontrar varios tipos de estructuras desdichadas, todas ellas vinculadas con la apertura de brechas generacionales en el seno de la familia.

El problema más habitual es que un progenitor, generalmente la madre, se alíe sistemáticamente con un hijo en contra del otro progenitor; ella protestará porque él es demasiado duro con el chico; mientras él lo hará porque ella es demasiado blanda. Este triángulo puede describirse de muchas maneras; una de ellas, muy útil, es ver a un progenitor como "sobre involucrado" con el chico.

Frecuentemente, la madre se muestra a la vez servicial y exasperada con el chico, y frustrada en sus intentos de manejarse con él. El padre es más periférico, y si interviene para ayudar a la madre, ella lo ataca y él se retira, dejándola incapacitada de manejarse eficazmente con el chico. Esta pauta se repite

incesantemente, impidiendo que el chico madure y que la madre se desenganche de la crianza en beneficio de una vida propia más productiva.

Este triángulo puede darse aún cuando los padres estén divorciados, ya que el divorcio legal no modifica necesariamente este tipo de problemas.

4.2.4.4 Período intermedio

En la familia tal como la conocemos hoy, la pareja que ha estado casada durante diez o quince años enfrenta problemas que pueden describirse en términos del individuo, de la pareja o de toda la familia. En esta época, marido y mujer están alcanzando los años medios de sus ciclos vitales. Suele ser uno de los mejores períodos de la vida. El marido tal vez esté disfrutando del éxito y la mujer puede compartir ese éxito por el que ambos han trabajado. Al mismo tiempo, ella está más libre porque los niños plantean menos exigencias; le es posible desarrollar su talento y continuar su propia carrera. Las dificultades iniciales que eventualmente experimentó la pareja se han resuelto con el paso del tiempo, y su enfoque de la vida ha madurado. Es un período en el que la relación matrimonial se profundiza y amplía, y se han forjado relaciones estables con la familia extensa y con un círculo de amigos. La difícil crianza de niños pequeños ha quedado atrás, y ha sido reemplazada por el placer compartido de presenciar cómo los hijos crecen y se desarrollan en modos sorprendentes.

Para muchas familias es una época difícil, con frecuencia el marido ha alcanzado un punto de su carrera en que comprende que no va a cumplir con las ambiciones de su juventud. Su desilusión tal vez afecte a toda la familia y particularmente a su situación respecto de su mujer. O, a la inversa, el marido puede tener un éxito superior al que previó, y mientras goza de gran respeto fuera del hogar, su esposa sigue vinculándose con él como hacía cuando él era menos importante, con los consiguientes resentimientos y conflictos.

Uno de los inevitables dilemas humanos es que si un hombre alcanza la mitad de la vida y ha progresado en status y en posición se vuelve más atractivo para las mujeres jóvenes, mientras que su mujer, más dependiente de su apariencia física, se siente menos atractiva para los hombres.

Cuando los niños han ingresado en la escuela, la mujer siente que debe introducir cambios en su vida. El incremento de su tiempo libre la obliga a considerar sus primitivas ambiciones en torno de una carrera, por ejemplo, y puede sentirse insegura respecto de sus aptitudes.

La premisa cultural de que no basta ser ama de casa y madre se convierte más en un problema, en la medida en que los niños la necesitan menos. Por momentos,

tal vez, sienta que su vida se está desperdiciando en el hogar y que su status declina, al tiempo que su marido es más importante.

Para cuando llegan estos años medios, la pareja ha atravesado muchos conflictos y ha elaborado modos de interacción bastante rígidos y repetitivos. Han mantenido la estabilidad de la familia por medio de complicadas pautas de intercambio para resolver problemas y para evitar resolverlos.

En estos años medios pueden sobrevenir graves tensiones y también el divorcio, aún cuando la pareja haya superado muchas crisis previas: La mayor parte de los otros períodos de tensión familiar aparecen cuando alguien ingresa en la familia o la abandona. Es en esta etapa cuando los hijos pasan de la niñez ala juventud. La llamada turbulencia adolescente puede ser vista como una lucha dentro del sistema familiar por mantener el ordenamiento jerárquico previo.

La resolución de un problema conyugal en la etapa media del matrimonio suele ser más difícil que en los primeros años, cuando la joven pareja atraviesa aún por un estado de inestabilidad y está elaborando pautas nuevas. En la etapa media las pautas se hallan establecidas y son habituales. Una pauta típica para estabilizar el matrimonio es que la pareja se comunique a través de los hijos; por eso, si estos dejan el hogar y la pareja vuelve a quedar frente a frente, surge una crisis.

4.2.4.5 Destete de los padres

Parece que toda familia ingresa en un período de crisis cuando los niños comienzan a irse, y las consecuencias son variadas. A veces, la turbulencia entre los padres sobreviene cuando el hijo mayor deja el hogar, mientras que en otras familias la perturbación parece empeorar progresivamente a medida que se van yendo los hijos, y en otras cuando está por marcharse el menor. En muchos casos, los padres han visto, sin dificultad, cómo sus hijos dejaban el hogar uno por uno; súbitamente, cuando un hijo particular alcanza ese edad, surgen las dificultades. En tales casos, el hijo en cuestión ha tenido, por lo general, una especial importancia en el matrimonio. Puede haber sido el hijo a través del cual los padres hicieron pasar la mayor parte de su comunicación mutua, o por el cual se sintieron más abrumados o se unieron en común cuidado y preocupación.

Una dificultad marital que puede emerger en esta época es que los padres se encuentren sin nada que decirse ni compartir. Durante años no han conversado de nada, excepto de los niños. A veces la pareja empieza a disputar entorno de las mismas cuestiones por las que disputaban antes de que llegaran los hijos. Puesto que estas cuestiones no se resolvieron, sino simplemente se dejaron de lado con la llegada de los niños, ahora resurgen.

Cuando el joven abandona el hogar y comienza a establecer una familia propia, sus padres deben transitar ese cambio fundamental de la vida al que se llama "convertirse en abuelos". A veces tienen poca o ninguna preparación para dar este paso, si los hijos no han pasado por los rituales matrimoniales adecuados. Deben aprender cómo llegar a ser buenos abuelos, elaborar reglas a fin de participar en la vida de sus hijos, y arreglárselas para funcionar solos en su propio hogar. A menudo, en este período tienen que enfrentar la pérdida de sus propios padres y el dolor consiguiente.

Con frecuencia las madres se sobre involucran con el hijo menor y les es difícil desengancharse de él cuando pasa a tener una vida más independiente. Si en ese momento un hijo mayor produce un nieto, la llegada de éste puede liberar a la madre de su hijo menor e involucrarla en la nueva etapa de convertirse en abuela.

Si se piensa que el proceso natural es así, se comprende la importancia de conservar la involucración mutua de las generaciones. Cuando la gente joven se aísla de sus padres, priva a su hijo de abuelos también hace más difícil para estos cubrir etapas de sus propias vidas.

4.2.4.6 Retiro de la vida activa

Cuando una pareja logra liberar a sus hijos de manera que estén menos involucrados con ella, suelen llegar a un período de relativa armonía que puede subsistir durante la jubilación del marido. Algunas veces, sin embargo, el retiro de éste de la vida activa puede complicar su problema, pues se hallan frente a frente veinticuatro horas al día. No es raro que en esta época una esposa desarrolle algún síntoma incapacitante.

Aunque los problemas efectivos individuales de la gente mayor pueden tener causas diversas, una primera posibilidad es la protección de alguna otra persona. Haley comenta un caso en el que una esposa desarrolló una incapacidad para abrir los ojos y el problema se diagnosticó como histérico. El énfasis se puso sobre ella y su etapa vital. Desde un punto de vista familiar, su incapacidad podría verse como una manera de apoyar al marido durante una crisis. El problema surgió en la

época en que el marido se jubiló, y se vio degradado de una vida activa y útil a lo que para él equivalía a ser puesto en un estante sin ninguna función. Cuando la esposa desarrolló su síntoma, él tuvo algo importante que hacer: ayudarla a recobrase. La llevó de médico en médico, organizó la situación vital de ambos de manera que ella lograra funcionar aunque no pudiera ver, y se volvió extremadamente protector. Su involucración en el problema se hizo evidente cuando la esposa mejoró y entonces él empezó a deprimirse, reanimándose solamente en las épocas en que ella sufría alguna recaída.

Es hora entonces de relacionar a esquizofrenia como objeto de estudio, en relación con las familias desde el modelo sistémico.

4.2.5 La Esquizofrenia desde el Modelo Sistémico

Bateson plantea: La teoría de la **esquizofrenia** basada en el análisis de las comunicaciones, específicamente en la teoría de los tipos lógicos. A partir de esta teoría y del estudio de pacientes esquizofrénicos se deriva una descripción de una situación llamada “el doble vínculo”. Alguien apresado por el doble vínculo puede desarrollar síntomas esquizofrénicos.

Para estudiar esta teoría del doble vínculo Bateson se basa en la teoría de los tipos lógicos: ésta dice que existe una discontinuidad entre una clase y sus miembros; la clase no puede ser miembro de sí misma ni uno de sus miembros puede ser la clase, dado que el término empleado para la clase es de un nivel de abstracción diferente de los términos utilizados para sus miembros.

En la patología de las comunicaciones reales esta discontinuidad (entre una clase y sus miembros) se quiebra constantemente.

Esta patología en su forma extrema tendrá síntomas cuyas características llevarán a que la patología sea clasificada como esquizofrenia.

Los esquizofrénicos, al tener debilitada la función del yo, manifiestan dicha debilidad de diversos modos: tienen dificultad para asignar el modo comunicacional correcto a: a) los mensajes que recibe de otra persona, b) los mensajes que el mismo emite, c) sus propios sentimientos y sensaciones. Por otro lado, los seres humanos emplean el contexto como guía para la discriminación de los modos, por lo tanto, Bateson no busca una experiencia traumática vivida en la infancia del esquizofrénico para explicar determinada conducta, sino que busca patrones secuenciales característicos.

Es así como, Bateson aplica a los pacientes esquizofrénicos la teoría del **doble vínculo**. Los elementos necesarios para que se de una situación de doble vínculo son: dos o más personas; una experiencia repetida; un mandato primario negativo

(por ejemplo, “no hagas eso o te castigaré”, o “si haces eso te castigaré”; es decir, se da un contexto de aprendizaje basado en el castigo y no en la recompensa); un mandato secundario comunicado (por medio de posturas, gestos, tono de voz, y que a su vez este mandato puede chocar con el mandato primario). En el esquizofrénico se produce a menudo un colapso en la capacidad del individuo para discriminar entre tipos lógicos cada vez que se presenta una situación de doble vínculo.

De este modo, es más seguro para la víctima apresada por el doble vínculo desplazarse hacia un mensaje de orden metafórico y además, convertirse – mediante Alguna metáfora- en un tercero, en otra persona, para desvincularse de los hechos. Así, los enunciados que muestran que un paciente está desorientado pueden interpretarse como formas de defenderse de determinada situación.

A veces se considera a la esquizofrenia como algo que contrasta de manera total con cualquier otra forma de pensamiento y conducta humanos. Si bien es un fenómeno aislable, la excesiva insistencia en las diferencias respecto de las personas normales no ayuda para comprender los problemas. La esquizofrenia implica ciertos principios que son importantes en toda comunicación y que por consiguiente se pueden encontrar muchas semejanzas informativas en las situaciones de comunicación “normales”.

Los seres humanos manejan comunicaciones que ponen en juego distintos tipos lógicos cuando:

- A) se usan distintos modos comunicacionales en el humor. Por ejemplo, el hecho de jugar o no jugar, la metáfora, etc. Además del lenguaje, los seres humanos nos apoyamos sobre medios no verbales como la postura, los gestos, etc.
- B) se utiliza el humor como método para explorar los temas implícitos en el pensamiento o en una relación. El método de exploración entraña el empleo de mensajes que se caracterizan por ser una condensación de tipos lógicos.
- C) se falsifican algunas señales identificatorias de los modos, por ejemplo, la risa artificial, la simulación de la amistad, etc.
- D) se produce algún tipo de aprendizaje.
- E) se manejan niveles múltiples de aprendizaje.

Como se menciona anteriormente en los *Estudios Transversales* sugirieron que la desviación de la comunicación aparecía más comúnmente en familias de esquizofrénicos.

Continuando con las investigaciones realizadas al respecto siguen el modelo de vulnerabilidad - stress, examinando las relaciones familiares antes del comienzo del trastorno. Dos de los estudios (Marcus y Tienari, 1985) utilizan el diseño clásico de alto riesgo estudiando hijos de esquizofrénicos, mientras que el tercero utiliza un grupo de adolescentes de leve a moderadamente perturbados, que se

definen como grupo de riesgo en virtud de su fracaso para dominar las tareas evolutivas de la adolescencia.

Cabe mencionar también, el proyecto familiar UCLA el cual utilizó un grupo de 64 familias intactas con un adolescente perturbado seleccionado de un centro ambulatorio al que habían acudido por dificultades académicas, interpersonales, o bien conflictos con la autoridad; ninguno de ellos era psicótico o borderline. En el momento de inicio del estudio los adolescentes se subdividieron en cuatro grupos en función de sus dificultades conductuales y se hipotetizó que dos de esos grupos corrían un riesgo mayor de esquizofrenia. Además de esto, se realizó también un estudio intensivo de los procesos intrafamiliares, a partir del cual se sugirió que dos tipos de variables serían particularmente estresantes: desviación de la comunicación (Wynne, 1977) y clima afectivo negativo, denominado alta expresión emocional (Vaughn y Leff, 1976) o bien estilo afectivo negativo (Goldstein, 1975).

Otro estudio de relevancia, es el llevado a cabo en Israel (Marcus, 1987; Kugelmass, 1985; Marcus, 1985; Nagler, 1985). El grupo de alto riesgo en este estudio fueron 50 hijos de esquizofrénicos (la mayoría madres esquizofrénicas) y el grupo control 50 hijos de padres sin enfermedad mental. En cada grupo, la mitad de los hijos vivían en un kibbutz, y la otra mitad en un contexto familiar tradicional urbano.

El objetivo principal de este estudio fue averiguar si las medidas de funcionamiento neuropsicológico podían revelar en los hijos algún signo temprano de vulnerabilidad al trastorno. Sin embargo, también se evaluó el medio familiar calificando a los padres en medidas de sobre implicación, inconsistencia y hostilidad.

Es significativo, además de mencionar los estudios que se han desarrollado al respecto de este estudio, hablar de la hipótesis del doble vínculo (Bateson) y su relación con la esquizofrenia, lo que se expone seguidamente, de tal manera de abordar holísticamente la temática.

4.2.5.1 La hipótesis del Doble Vínculo como Teoría de la Esquizofrenia

La hipótesis del doble vínculo entronca con una amplia corriente de la psiquiatría norteamericana ligada a la epistemología sistémico-cibernética. Como ellos, adopta la perspectiva de la interacción frente a la intrapsíquica y se inclina por la idea de una "experiencia repetida" frente a la hipótesis del trauma infantil derivada del psicoanálisis. Bateson, 1984

Asimismo, comparte con sus coetáneos la concepción de la conducta esquizofrénica como una respuesta en cierto modo adecuada al patrón-universo en el que se desenvuelve la experiencia del sujeto; la comunicación y el aprendizaje marcan, de este modo, el comienzo de la psicosis. De hecho, la teoría del doble vínculo, más que una teoría sobre la esquizofrenia, es una teoría sobre la comunicación y el aprendizaje, y su originalidad reside en dos conceptos ya familiares: meta comunicación y deuteroaprendizaje.

Según la relación que Bateson establece entre aprendizaje y comunicación, las premisas en que cada uno basa su visión del mundo (identidad, relaciones, etc.) se adquieren mediante el deuteroaprendizaje, siendo éste de índole interactiva y, por tanto, comunicativa. Al ser la familia el principal agente socializador, el individuo "aprenderá a aprender" según los patrones comunicativos (o de interacción familiar) en los que se desarrolla su experiencia. Lo fundamental de las premisas deuteroaprendidas será la adquisición de hábitos comunicativos, de la capacidad meta comunicativa merced a la cual estamos en condiciones de elaborar y reconocer los diversos "marcadores de contexto" y asignar a cada mensaje su marco adecuado. Incluso, en un plano más abstracto, dicha competencia nos posibilita el reconocimiento de los casos de ambigüedad o evidente contradicción, dando las claves para una interpretación correcta. Ahora bien, los síntomas que el individuo psicótico desarrolla apuntan precisamente a una disfunción en dicha capacidad (Bateson, Jackson, Haley y Weakland: 1985, pp. 233-234):

El tipo de contexto en el que el individuo "aprende a aprender" es tal que tiene como consecuencia un bloqueo de la capacidad comunicativa, del reconocimiento de las "señales identificadoras de mensajes" que lleva bien a la sobre interpretación rígida, bien al aislamiento total. Los autores de la hipótesis del doble vínculo identifican estos tipos de respuesta con los cuadros paranoide, hebefrénico y catatónico de la psiquiatría clásica.

Consecuentemente con todo lo expuesto, el interrogante que los autores se plantean va encaminado a definir cuál es ese patrón de comunicación-contexto de deuteroaprendizaje que bloquea la capacidad meta comunicativa y que convierte en respuesta adecuada (mantenedora del sistema) la totalidad de la conducta esquizofrénica, incluido el intento descalificante de negar la comunicación. Su contestación es la hipótesis del "doble vínculo".

Según la primera formulación de la teoría, una situación de doble vínculo precisa de los siguientes ingredientes:

1. Dos o más personas (pero siempre, en la concepción de los autores, en una relación diádica).
2. Experiencia repetida (un patrón de interacción recurrente).
3. Mandato primario negativo (generalmente en forma de orden o amenaza).
4. Mandato secundario que entra en conflicto con el primero (en un nivel más abstracto).
5. Prohibición de escapar del campo.

Este conjunto deja de ser necesario como tal cuando se ha aprendido a concebir el universo según patrones de doble vínculo.

“La teoría del doble vínculo afirma que existe un componente esencial en la determinación o etiología de los síntomas esquizofrénicos y de los patrones de conducta afines, tales como el humor, el arte, la poesía, etc. Notoriamente, la teoría no distingue entre estas subespecies. En sus términos no hay nada que sirva para determinar si un individuo dado se convertirá en un payaso, un poeta, un esquizofrénico o alguna combinación de éstos. No tratamos un síndrome único sino un género de síndromes, la mayoría de los cuales no se consideran convencionalmente como patológicos”; consecuentemente, el mayor reto que plantea el doble vínculo es el de su concreción. Bateson, G. 1984

Bateson, decía que no existían más dobles vínculos que los que uno quería ver, pero esto es algo que ocurre siempre que se adopta cualquier perspectiva epistemológica o cualquier instrumento teórico. Asumir esta hipótesis no implica, pues, lanzarse a una labor de caza, clasificación y recuento sino ver determinados fenómenos comunicativos a través de otra lente, una lente que además nos permite explicarlos respetando su dinamismo y complejidad. Bateson, G. 1989

Los conceptos que hacen referencia a este modelo están basados en la Pragmática de la Comunicación, en la Teoría General de Sistemas y en conceptos Cibernéticos. No se considera la patología como un conflicto del individuo, sino como una patología de la relación". El punto de partida es el principio de que toda conducta es comunicación. La persona se encuentra inserta en un "sistema" siendo los miembros de ese sistema interdependientes. Por tanto, un cambio en un miembro afecta a todos los miembros del sistema.

El síntoma tiene valor de conducta comunicativo; el síntoma es un fragmento de conducta que ejerce efectos profundos sobre todos los que rodean al paciente; el síntoma cumple la función de mantener en equilibrio el sistema. La terapia va dirigida a intervenir activamente en el sistema para modificar las secuencias comunicativas defectuosas. (Watzlawick, 1983).

Por otra parte, vale la pena rescatar otros investigadores al respecto de la temática, y que será fundamental en el desarrollo de la presente investigación.

4.2.6 Modelo Circunflejo de Olson

El grupo de Olson llegó a la conclusión que existían tres dimensiones en la conducta familiar: la cohesión, la adaptabilidad (cambio) y la comunicación las tres dimensiones primarias integradas al modelo Circunflejo tal como fue formulada por este autor y sus colaboradores desde 1979 a 1983. (Ver anexo 1)

Lo sobresaliente de estas tres dimensiones es el hecho de que conceptos muy similares han sido señalados por varios autores y teorías.

4.2.6.1 Cohesión familiar evalúa el grado por el cual los miembros están conectados o separados del resto de la familia. Esta dimensión se define por los vínculos emocionales que cada miembro tiene con el otro. Dentro del modelo Circunflejo se usan los conceptos específicos para diagnosticar y medir la dimensión de la cohesión. Estos son: la unión emocional, límites, coaliciones, tiempo, espacio, amigos, toma de decisiones, intereses y recreación.²

Dentro del modelo Circunflejo, hay cuatro niveles de **cohesión familiar**, escalonados desde el extremo de la baja cohesión hasta el de la alta, desligada, separada, conectada, y aglutinada. Los dos niveles moderados o balanceados de la cohesión han sido denominados separados y conectados

Vinculación Emocional.

Desligada: Extrema separación Emocional. Falta de lealtad familiar.

Separada: Separación Emocional. Lealtad Familiar.

Conectada: Cercanía Emocional. Lealtad familiar conforma a lo esperado.

Amalgamada: Extrema cercanía emocional. Se exigen lealtad a la familia.

Involucramiento Familiar.

Desligada: Muy bajo Involucramiento o interacción entre los miembros, infrecuente respuesta afectiva entre los miembros.

Separada: Involucramiento aceptable, pero se prefiere la distancia personal. Se demuestra alguna respuesta afectiva.

Conectada: Involucramiento enfatizado, pero se permite la distancia personal. Se estimulan y prefieren interacciones afectivas.

2. Hernández, A. (1989). En Familias No Clínicas de Bogotá, aportes a la Psicología..Revista Universidad Santo Tomas, Año 1, No.1

Amalgamada: Muy alto Involucramiento simbiótico; miembros muy dependientes entre si, se demuestra dependencias afectiva.

Relaciones Maritales:

Desligada: Extrema separación emocional.

Separada: Separación emocional

Conectada: Cercanía emocional

Amalgamada: Extrema reactividad emocional

Coaliciones: Padres Hijos

Desligada: Falta de cercanía padres - hijos

Separada: Limites claros entre subsistema, con cercanía padres –hijos.

Conectada: Coalición padres – hijos. Falta de límites generacionales.

Amalgamada: Coalición padres, hijos: falta de límites generacionales.

Limites Internos: Tiempo y Espacio (Físico y Emocional).

Desligada: Separación personal predominante. La mayor parte del tiempo a parte de la familia rara vez están juntos. Se necesita y se prefiere espacio separado. Toma de decisiones independientes.

Separada: Alguna separación personal estimulada. El tiempo solos es importante, algunas veces están juntos. Se prefiere espacio separado. Se comparte el espacio familiar. Toma de decisiones individual pero puede ser compartida.

Conectada: Necesidad de separación respetado pero menos valorada. El tiempo juntos es importante, se permiten estar solos. Comparten el espacio familiar; se respeta el espacio privado. Decisiones preferiblemente compartidas pero no siempre.

Amalgamada: Falta de separación personal. La mayor parte del tiempo juntos. Se permite pocos tiempos solos. Poco espacio privado. Decisiones sometidas a los deseos de todo el grupo.

Limites Externos: Amigos, Intereses, Recreación.

Desligada: Principalmente enfocados fuera de la familia. Los amigos individuales se ven solos. Intereses incompatibles. Recreación separada más que todo.

Separada: Mas enfocados fuera que dentro de la familia. Las amistades individuales rara vez se comparten con la familia. Intereses separados. Recreación mas separada que compartida.

Conectada: Mas enfocados dentro que fuera de la familia. Las amistades individuales se comparten con la familia. Intereses compartidos preferiblemente. Recreación mas compartida que individual.

Amalgamada: Principalmente enfocados dentro de la familia. Se prefieren los amigos de la familia, con limitados amigos individuales. Se exige compartir intereses.

4.2.6.2 Adaptabilidad familiar (cambio) tiene que ver con el grado en que la familia es flexible y capaz de cambiar. Se define como la capacidad de un sistema marital o familiar para cambiar sus estructuras de poder, relaciones de rol y reglas de la relación en respuesta a stress situacional o evolutivo. Los conceptos específicos utilizados para medir la dimensión de la adaptabilidad son: poder familiar (asertividad, control, disciplina), estilos de negociación, relaciones de rol, y reglas de la relación.

Hay también **cuatro niveles de adaptabilidad familiar** desde la baja a la extremadamente alta: rígida, estructurada, flexible y caótica. Los dos niveles de adaptabilidad moderados o balanceados han sido denominados flexibles y estructurados.

Liderazgo (control)

Rígida: Liderazgo autoritario. Padres altamente controladores

Estructurada:

Fundamentalmente autoritario, pero con algún liderazgo igualitario. Liderazgo igualitario con cambios fluidos.

Caótica: Liderazgo limitado y / o errático. Control parental sin éxito. Rebelión.

Disciplina

Rígida: Autocrítica, “ley y orden”, estricta, consecuencias rígidas, severa, no indulgente.

Estructurada: Algo democrático, consecuencias predecibles. Rara vez indulgente.

Flexible: Usualmente democrática, consecuencias negociadas, algo indulgente.

Caótica: – farsa e inefectiva, consecuencias inconsistentes, muy indulgentes.

Comunicación y Afectividad.

La manera en que los miembros de la familia se intercomunican es una variable esencial en el funcionamiento del sistema.

La comunicación en la familia se ejerce principalmente dos campos: el campo instrumental y el campo Afectivo, se tienen en cuenta dos parámetros mas: que la comunicación sea clara o enmascarada y el hecho de que sea directa o indirecta. Se puede decir que el estilo de comunicación se da de cuatro formas: Clara y Directa. / Clara e Indirecta / Enmascarada y Directa / Enmascarada e Indirecta.

Siendo para un sistema en general y la familia la más saludable la clara y directa y la más perturbadora la enmascarada e indirecta.

4.2.6.3. Comunicación Familiar es la tercera dimensión y se concibe como facilitadora y como un elemento crítico para la movilidad de las otras dos dimensiones.

Las habilidades de comunicación positiva, tales como empatía, escucha reflexiva y comentarios de apoyo permiten a las parejas y familias compartir entre sí las necesidades y preferencias cambiantes con respecto a la cohesión y la adaptabilidad. Las pautas negativas tales como dobles mensajes, dobles vínculos y críticas, disminuyen la habilidad para compartir los sentimientos y restringen por tanto la movilidad de la pareja o familia en las otras dos dimensiones.

Continuidad de Tópico

Baja: Poca continuidad en el contenido, aparecen frecuentes distracciones o conductas no verbales irrelevantes y al margen. Cambios tópicos frecuentes inapropiados.

Facilitación: Sigue continuidad pero no-consistencia a través del tiempo o entre los miembros. Algunas conductas no verbales irrelevantes distractoras y al margen. Cambios de tópico no consistentemente apropiados.

Alta: Los miembros se siguen de manera consistente pocas conductas no verbales irrelevantes, distracciones y al margen conductas no verbales apropiados de tópico.

Respeto e Interés

Baja: Falta de respeto por los sentimientos o mensajes de otros; posible irrespeto o actitud de menosprecio en forma abierta.

Facilitación: Algún respeto hacia los otros pero no consistente a través del tiempo o entre todos los miembros.

Alta: Aparece respeto hacia los sentimientos y mensajes de los otros en forma consistente.

Claridad.

Baja: Mensajes verbales inconsistentes y confusos. Frecuentes incongruencias entre mensajes verbales y no verbales.

Facilitación: Algún grado de claridad, pero no consistente a través del tiempo o entre todos los miembros. Algunos mensajes incongruentes.

Alta: Mensajes verbales muy claros. Mensajes congruentes generalmente.

Libertad de Expresión.

Baja: mensajes verbales muy claros. Mensajes congruentes generalmente.

Facilitación: Alguna discusión a cerca de si mismo sentimentales.

Alta: Discusión abierta a cerca de si mismo, sentimientos y relaciones.

Habilidades de Comunicación

1. Habilidades del Oyente, Empatía
2. Escuchar con atención
3. Habilidades del que habla: Habla por sí mismo, Habla por otros
4. Intromisiones / interrupciones
5. Conclusiones prematuras.

Baja:

1. Rara vez se evidencia
2. Rara vez se evidencia
3. Rara vez se evidencia
4. Se evidencia con frecuencia
5. Se evidencia con frecuencia

Facilitación:

1. A veces se evidencia
2. A veces de evidencia
3. A veces se evidencia
4. A veces se evidencia
5. A veces se evidencia

Alta:

1. Se evidencia con frecuencia
2. Se evidencia con frecuencia
3. Se evidencia con frecuencia
4. Rara vez se evidencia
5. Rara vez se evidencia

Es importante decir, que para cada dimensión, los niveles balanceados y moderados se consideran la sede probable del funcionamiento normal, y las áreas extremas seguramente contienen las familias más patológicas.

Combinando los cuatro niveles en cada una de las dos dimensiones se obtienen 16 subtipos de sistemas familiares o de pareja. Cuatro de ellos son moderados (tipos balanceados), ocho tipos son extremos en una dimensión y moderados en otra (tipos de rango medio) y cuatro tipos son extremos en ambas dimensiones (tipos extremos).

En esta parte hay que referirse a los sistemas maritales y familiares desde el modelo circunflejo para comprender desde este modelo el funcionamiento familiar.

4.2.6.4 Generalidades del Modelo Circumplejo en cuanto a los Sistemas Maritales y Familiares

A pesar de que los clínicos e investigadores de la familia dentro del enfoque sistémico se acogen a los principios generales, han escogido diversos énfasis en su tarea de observación y en sus intentos por clasificar los patrones de funcionamiento familiar, de modo que diversos han desarrollado variadas tipologías de familias, considerando tanto a las clínicas como a las no clínicas. Algunos de los autores y tipologías más conocidas son: la Tipología Familiar de Cantor y Lehr (1975), el Paradigma Familiar de Reiss (1981), el de los Niveles de Funcionamiento de Beavers (1997), el modelo de McMaster (1978), y el Modelo Circumplejo de Olson (1979, 1983) y es sobre el cual está basado el estudio de la Familia.

Las dimensiones de cohesión, adaptabilidad y comunicación, configuran el Modelo Circumplejo, como aspectos de la conducta marital y familiar subyacentes a múltiples conceptos utilizados dentro del campo de estudio de la familia y a las cuales llegaron sus autores a partir del método inductivo, basado en análisis factorial, permitiendo identificar dieciséis tipos de sistemas maritales y familiares.

Estas tres dimensiones surgieron de la integración conceptual de más de cincuenta presupuestos desarrollados para describir la dinámica marital y familiar. Si bien algunos de esos conceptos se han usado desde hace mucho tiempo, como poder y papeles, por ejemplo, muchos otros han partido de la observación de familias desde una perspectiva sistémica, tales como pseudo mutuality y doble vínculo.

Además de lo anterior existen otros elementos que permiten la identificación de la estructura familiar, facilitando así el desarrollo de investigaciones al respecto, uno de ellos es el que me referiré a continuación:

4.2.7 EL GENOGRAMA

Es una representación gráfica de una constelación familiar multi-generacional, que registra información sobre los miembros de esa familia y sus relaciones. Su estructura en forma de árbol proporciona una rápida "gestalt" de las complejas relaciones familiares y es una rica fuente de hipótesis sobre cómo un problema

clínico puede estar relacionado con el contexto familiar y su evolución a través del tiempo.

Por lo general el genograma se construye durante la primera sesión y luego se lo revisa a medida que se obtiene más información. El genograma ayuda al terapeuta y a la familia a ver un "cuadro mayor", tanto desde el punto de vista histórico como del actual: es decir, que la información sobre una familia que aparece en el genograma puede interpretarse en forma horizontal a través del contexto familiar y vertical a través de las generaciones.

Aunque los teóricos de la terapia familiar estructural y estratégica (Minuchin, Haley, etc.) no utilizaron genogramas en sus enfoques, prefiriendo concentrarse en las relaciones emocionales de la familia inmediata, sin embargo, están interesados en las estructuras jerárquicas, en especial en las coaliciones donde se cruzan los límites generacionales.

Las familias se repiten a sí mismas. Lo que sucede en una generación a menudo se repetirá en la siguiente, es decir, las mismas cuestiones tienden a aparecer de generación en generación, a pesar de que la conducta pueda tomar una variedad de formas. Bowen lo denomina transmisión multi-generacional de pautas familiares.

La hipótesis es que las pautas vinculadas en generaciones previas pueden suministrar modelos implícitos para el funcionamiento familiar en la siguiente generación.

Carter, considera que el "flujo de ansiedad" en un sistema familiar se da tanto en la dimensión vertical como en la horizontal. El flujo "vertical deriva de pautas funcionamiento que se transmiten históricamente de una generación a otra, en especial a través del proceso del triángulo emocional. El flujo de ansiedad "horizontal" surge de las tensiones actuales que pesan sobre la familia a medida que avanza a través del tiempo soportando los cambios inevitables, las desgracias y las transiciones en el ciclo de vida familiar. Con la tensión suficiente en este eje horizontal, cualquier familia experimentará disfunción.

Además, las tensiones en el eje vertical pueden crear nuevos problemas de modo tal que hasta una pequeña tensión horizontal puede tener serias repercusiones en el sistema. Por ejemplo, si una mujer tiene muchas cuestiones sin resolver con su propio padre (ansiedad vertical), le puede resultar difícil tratar las dificultades

normales en la relación de pareja con su propio esposo (ansiedad horizontal). El genograma ayuda al terapeuta a rastrear el flujo de ansiedad a través de las generaciones y del contexto familiar actual.

Los genogramas al ser una representación tangible y gráficas de una familia, estas le permiten explorar la estructura familiar en forma clara y observar y poner al día el “cuadro” familiar a medida que va surgiendo. Para una historia Clínica, el genograma resulta eficiente resumen clínico permitiéndole así al terapeuta que desconoce el caso adquirir, en forma rápida, una gran cantidad de información sobre una familia y tener así una visión de los problemas potenciales.

Los genogramas le facilitan al psicólogo tener en mente a los miembros de una familia, así también ciertas normas o sucesos que pueden tener importancia en el tratamiento familiar; los diagramas familiares que exploran las relaciones y normas de funcionamiento pueden ayudar al médico a pensar de manera sistemática como los sucesos y las relaciones en las vidas de sus pacientes están relacionadas con normas de salud y enfermedad.

La información de un genograma se entiende mejor desde una perspectiva sistémica. La entrevista del genograma debe ser considerada como parte de una evaluación comprensiva, sistemática y clínica. Por lo general, el genograma se construye durante la primera sesión y luego se revisa a medida que se obtiene más información. A su vez ayuda al terapeuta y a la familia a ver “cuadro mayor”, tanto desde el punto de vista actual histórico; es decir que la información estructural, vincular y funcional sobre la familia que aparece en el genograma puede interpretarse en forma horizontal a través del contexto familiar y vertical a través de las generaciones.

Al estudiar la extensión del actual contexto familiar, el clínico puede evaluar la relación de los actores inmediatos entre sí en el drama familiar, así como su relación con el sistema mayor, y evaluar la fuerza y vulnerabilidad de la familia con respecto a la situación global. Como consecuencia de ello, en el genograma incluimos a todo el elenco de actores (miembros nucleares o anexos de la familia así como miembros que pertenecen a la misma pero que vivieron con ella o tuvieron con ella o tuvieron un papel importante en la vida familiar) y un resumen de la situación familiar actual, incluyendo problema y hechos relevantes.

Luego, se pueden señalar la conducta y los problemas actuales de los miembros de la familia sobre el genograma desde múltiples perspectivas. La persona índice (la persona con el problema o síntoma) puede ser considerada dentro del contexto

de varios subsistemas tales como los hermanos, triángulos, relaciones reciprocas complementarias y simétricas o en relación con los meta sistemas tales como la comunidad, las instituciones sociales (escuelas, plazas, etc.).

Al estudiar el sistema familiar desde el punto de vista histórico y evaluar previas transiciones de ciclos vitales, se puede situar las cuestiones actuales en el contexto de las normas evolutivas de la familia. En el genograma se pueden ver con claridad las pautas de enfermedades previas y cambios tempranos en las relaciones de la familia originados a través de los cambios en la estructura familiar y otros cambios críticos de la vida, proporcionando así una rica fuente de hipótesis sobre que es lo que lleva al cambio a una determinada familia.

5. DISEÑO METODOLOGICO

5.1 TIPO DE INVESTIGACION

En el presente estudio utiliza parámetros de carácter Descriptivo ya que después de identificar y medir las variables a tratar, los resultados describirán las características de las capacidades de los familiares en la interacción con miembro diagnosticado con esquizofrenia en el proceso de su enfermedad, recogiendo información de sobre cada variable a la que se hace referencia, el objetivo no es indicar como se relacionan las variable medidas entre si, sino manifestar el fenómeno de interés mediante la caracterización de la misma.

5.2 DEFINICION DE VARIABLES

Se consideran las siguientes variables independientes y dependientes:

Variable Independiente

5.2.1. **Esquizofrenia:**

Trastorno que se caracteriza por distorsiones fundamentales y típicas de la percepción del pensamiento y de las emociones, estas últimas en forma de embotamiento o falta de adecuación de las mismas (CIE-10)

Variable Dependiente

5.2.2 **Capacidad:**

Referida esta desde el modelo sistémico como aquellas actitudes que permiten actuar y percibir las situaciones de un modo que trasciende, la cual tiene que ver con las dimensiones de cohesión, adaptación y comunicación desde el modelo de D.Olson

5.2.2.1 **Cohesión Familiar:**

Según el modelo circumflejo propuesto por Olson, es una dimensión en la conducta familiar, que evalúa el grado por el cual los miembros están conectados o separados del resto de la familia. Esta dimensión se define por los vínculos emocionales que cada miembro tiene con el otro.

En esta dimensión se tiene en cuenta al momento de medirla conceptos como: la unión emocional, límites, tiempo, espacio, toma de decisiones, intereses, recreación y coaliciones.

5.2.2.2 Adaptabilidad Familiar:

Es la segunda dimensión en el modelo propuesto por Olson, la cual tiene que ver con el grado en que la familia es flexible y capaz de cambiar. Se define como la capacidad de un sistema marital o familiar para cambiar sus estructuras de poder, relaciones de rol y reglas de la relación en respuesta a stress situacional o evolutivo.

Los conceptos específicos utilizados para medir la dimensión de la adaptabilidad son: poder familiar (asertividad, control, disciplina), estilos de negociación, relaciones de rol, y reglas de la relación.

5.2.2.3 Comunicación Familiar

Es la tercera dimensión y facilita el movimiento de las otras dos.

A través de la comunicación, todos podemos expresar nuestra forma de ser y nuestra relación con el otro, lo cual implicaría un compromiso tanto para el que manda un mensaje como para el que lo recibe, con una mayor o menor cantidad de elementos de aceptación o descalificación.

La comunicación no sólo transmite información sino que, al mismo tiempo, impone una conducta o un comportamiento

Teniendo en cuenta la aplicación de instrumentos se permite analizar si los patrones y estructura familiares corresponden y cumplen con los criterios establecidos para la investigación se puede operacionalizar esta variable.

5.3 OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

Variables	Conceptualización	Indicador	Evaluación
Cohesión	Evaluación del grado en que los miembros de la familia están conectados o separados	-unión emocional. -Límites, tiempo, espacio, intereses, recreación y coaliciones	Genograma Entrevista Clínica Estructurada

Adaptación	Capacidad del sistema familiar para cambiar su estructura de rol, reglas y relaciones	Poder familiar (asertividad, control, disciplina), negociación, relaciones de rol y reglas de relación.	Genograma Entrevista Clínica Estructurada
Comunicación	La comunicación posee un contenido (lo que decimos) y una relación (a quién y cómo se lo decimos) A través de la comunicación, todos podemos expresar nuestra forma de ser y la visión de la relación con la otra persona.	Dialogo, respeto en la toma de decisiones, opinión, responsabilidad	Genograma Entrevista Clínica estructurada

5.4 POBLACIÓN Y MUESTRA

La población objeto de estudio, la constituyen las familias de pacientes que se encuentran internados y/o reciben tratamiento en el Instituto de Neurociencias Clínica Santa Marta, con sede en la Ciudad de Santa Marta y que han sido diagnosticados con esquizofrenia, según el DSM IV utilizado en esta Institución.

La confidencialidad, privacidad y el anonimato serán tres elementos en el estudio, haciendo énfasis en que la privacidad se refiere a la autonomía que tiene el individuo para compartir información personal; la confidencialidad al compromiso que se hace el investigador darle el tratamiento o no de sus datos y el anonimato se refiere al mismo compromiso que se hace el investigador a no divulgar ninguna información personal que permita identificar a los participantes del estudio.

Se implementa el consentimiento informado de manera verbal a los participantes del estudio, ya que no se podía reunir a un grupo determinado, por factores de tiempo y actividades cotidianas, es así que el visitarlos se les informo el propósito de la investigación y el derecho que tenían de rehusarse a participar en el, a no responder alguna pregunta en la que se sintieran vulnerados o a parar la misma.

Lo anterior dio como resultado que dos familias no quisieran participar del estudio, por lo cual se respeto su decisión.

Esto se desarrolla apoyándose en la ética del psicólogo.

Para la selección de la muestra se aplicó la siguiente formula:

$$N = \frac{N * Z^2 * \hat{C}^2}{N * E^2 + Z^2 * \hat{C}^2} = \frac{148 * 1.96^2 * 0.19^2}{(148 * 0.006^2) + (1.962 * 0.19^2)} = 30.5$$

La muestra representativa para esta investigación es de 30 familias, los criterios para su inclusión son 1ro que el paciente que asista o esta internado en el neurociencias tenga diagnostico de esquizofrenia, no siendo necesario una clasificación específica de la misma, para lo cual se tomaran los nombres del base de datos que la institución de pacientes con tales diagnósticos, 2do que conformen un grupo familiar y 3ro que el paciente reciba tratamiento en el instituto de neurociencias de la ciudad de Santa Marta.

5.5 PROCESO DE LA INVESTIGACION

Para la recolección de los datos se utilizaron las siguientes herramientas:

El genograma:

Es una representación gráfica de una constelación familiar multi -generacional que registra información sobre los miembros de esa familia y sus relaciones. Su estructura en forma de árbol proporciona una rápida "gestalt " de las complejas relaciones familiares y es una rica fuente de hipótesis sobre cómo un problema clínico puede estar relacionado con el contexto familiar y su evolución a través del tiempo.

La entrevista estructurada:

Es una técnica evaluatoria con preguntas definidas y con opciones de respuestas precisas³, esta herramienta, basada en el modelo teórico de David Olson, fue aplicada y validada en el estudio sobre el análisis de los efectos de la insuficiencia renal en pacientes bajo tratamiento dialítico a nivel de los procesos de adaptación y aceptación y su influencia en la estructura y funcionamiento familiar en la ciudad

³ Diccionario de pedagogía y Psicología. Cultural S.A., España, 2002

de Santa Marta por Yesica Cárdenas y Shirley Peñaranda(2002)⁴, bajo la asesoría del Psicólogo Roberto Carlo Palacios, permite determinar nivel cohesión, adaptabilidad y comunicación en los familiares cercanos que están a cargo o que conviven con el paciente.

⁴ Tesis no publicada sobre: El Análisis de los efectos de la Insuficiencia Renal en pacientes bajo tratamiento Dialítico a nivel de los procesos de adaptación y aceptación y su influencia en la estructura y funcionamiento familiar en la ciudad de Santa Marta, Yesica Cárdenas y Shirley Peñaranda. Programa de Psicología. Universidad Cooperativa de Colombia .2002

6. RESULTADOS

A continuación se da a conocer los resultados de la investigación realizada con una muestra de 30 familias de los pacientes diagnosticados con esquizofrenia que reciben tratamiento en el Instituto de Neurociencias de la ciudad, a quienes se les aplicó una entrevista estructura y se les diseño el genograma, de los cuales se desprendieron los siguientes resultados:

Cohesión Familiar

Pregunta No.1

El 29% de los familiares entrevistados respondieron que son los padres los miembros de la familia que más apoyan al paciente en cuanto a su enfermedad.

El 22% de los familiares entrevistados respondieron que es la madre el miembro de la familia que más apoya al paciente en cuanto a su enfermedad.

El 17% de los familiares entrevistados respondieron que es la pareja el miembro de la familia que más apoya al paciente en cuanto a su enfermedad.

El 14% de los familiares entrevistados respondieron que son los hermanos los miembros de la familia que más apoyan al paciente en cuanto a su enfermedad.

El 10% de los familiares entrevistados respondieron que son los hijos los miembros de la familia que más apoyan al paciente en cuanto a su enfermedad.

El 5% de los familiares entrevistados respondieron que es el papá quien más apoya al paciente en cuanto a su enfermedad.

Pregunta No.2

El 68% de los familiares entrevistados respondieron que no se les ha dificultado apoyar al paciente en su enfermedad.

El 32% de los familiares entrevistados respondieron que si se les ha dificultado apoyar al paciente en su enfermedad.

Pregunta No.3

El 76% de los familiares entrevistados respondieron que ninguno de los miembros de la familia se han aislado o separado por causa de la enfermedad del paciente.

El 14% de los familiares entrevistados respondieron que es la pareja quienes se han aislado o separado por causa de la enfermedad del paciente.

El 5% de los familiares entrevistados respondieron que es el padre quien se ha aislado o separado por causa de la enfermedad del paciente.

El 3% de los familiares entrevistados respondieron son los hermanos los que se han aislado o separado por causa de la enfermedad del paciente.

El 2% de los familiares entrevistados respondieron que son los padres quienes se han aislado o separado por causa de la enfermedad del paciente.

Pregunta No.4

El 84% de los familiares entrevistados respondieron que ningún miembro de la familia se ha afectado por causa de la enfermedad del paciente.

El 5% de los familiares entrevistados respondieron que son los hijos quienes se han afectado por causa de la enfermedad del paciente.

El 5% de los familiares entrevistados respondieron que es la pareja quien se ha afectado por causa de la enfermedad del paciente.

Pregunta No.5

El 66% de los familiares entrevistados respondieron que la expresión de afecto del paciente hacia ellos no ha cambiado.

El 34% de los familiares entrevistados respondieron que la expresión de afecto del paciente hacia ellos si ha cambiado.

Pregunta No. 6

El 86% de los familiares entrevistados respondieron que si se permite en la familia la expresión de sentimientos y pensamientos acerca de la enfermedad del paciente.

El 14% de los familiares entrevistados respondieron que no se permite en la familia la expresión de sentimientos y pensamientos acerca de la enfermedad del paciente.

Pregunta No. 7

El 86% de los familiares entrevistados respondieron que no existe ningún miembro familiar que no permita la expresión de sentimientos y pensamientos acerca de la enfermedad del paciente.

El 14% de los familiares entrevistados respondieron que si existe un miembro familiar que no permite la expresión de sentimientos y pensamientos acerca de la enfermedad del paciente.

Pregunta No. 8

El 30% de los familiares entrevistados respondieron que es la madre quien más apoya al paciente en sus decisiones.

El 22% de los familiares entrevistados respondieron que es la pareja quien más apoya al paciente en sus decisiones.

El 19% de los familiares entrevistados respondieron que es el padre quien más apoya al paciente en sus decisiones.

El 14% de los familiares entrevistados respondieron que son los hermanos quienes más apoyan al paciente en sus decisiones

El 10% de los familiares entrevistados respondieron que son los hijos quienes más apoyan al paciente en sus decisiones.

El 3% de los familiares entrevistados respondieron que son los padres quienes más apoyan al paciente en sus decisiones.

El 2% de los familiares entrevistados respondieron que son otros los miembros familiares quienes más apoyan al paciente en sus decisiones

Matriz 1
Cohesión Familiar

1. ¿Desde la familia cuál es el miembro que más apoya al paciente en cuanto a su enfermedad y tratamiento?								
Madre 13	Padre 3	Pareja 10	Hijos 6	Hermanos 8	Otro 2	Ninguno 0	Padres 17	Total 59
2. ¿Se les ha dificultado a ustedes apoyar al paciente en su enfermedad?								
Si 19				No 40				59
3. ¿Qué miembro de la familia se ha separado o aislado por la enfermedad del paciente?								
Madre 8	Padre 3	Pareja 8	Hijos 0	Hermanos 2	Otro 0	Ninguno 45	Padres 1	Total 59
4. ¿Algún otro miembro de la familia se ha afectado por la enfermedad del paciente?								
Madre 2	Padre 2	Pareja 3	Hijos 3	Hermanos 0	Otro 0	Ninguno 49	Padres 0	Total 59
5. ¿Creé usted que la expresión de afecto del paciente hacia su usted ha cambiado por la enfermedad?								
Si 20				No 39				Total 59
6. ¿se permite en la familia la expresión de sentimientos y pensamiento acerca de la enfermedad del paciente?								
Si 51				No 8				Total 59
7¿Existe algún miembro que no permita que esto se dé?								
Si 8				No 51				Total 59
8¿Quién lo apoya más en sus decisiones?								
Madre 18	Padre 2	Pareja 13	Hijos 6	Hermanos 8	Otro 1	Ninguno 0	Padres 11	Total 59
Total de la población encuestada en Porcentaje							100 %	

Fuente: Familiares de pacientes que reciben tratamiento en el Instituto de Neurociencias

Cohesión

74.8 % ----- Conectada

16.5 % ----- Desligada

8.7 % ----- Separada

Adaptabilidad Familiar

Pregunta No. 9

El 66 % de los familiares entrevistados respondieron ningún miembro de la familia ha cambiado su actitud con el paciente después de la enfermedad.

El 15 % de los familiares entrevistados respondieron es la pareja quien ha cambiado su actitud con el paciente después de la enfermedad.

El 10% de los familiares entrevistados respondieron que es el padre quien ha cambiado su actitud con el paciente después de la enfermedad.

Pregunta No. 10

El 69 % de los familiares entrevistados respondieron que antes de la enfermedad del paciente sus relaciones eran buenas.

El 27 % de los familiares entrevistados respondieron que antes de la enfermedad del paciente sus relaciones eran excelentes.

El 2 % de los familiares entrevistados respondieron que antes de la enfermedad del paciente sus relaciones eran regulares.

El 2 % de los familiares entrevistados respondieron antes de la enfermedad del paciente sus relaciones eran malas.

Pregunta No. 11

El 55 % de los familiares entrevistados respondieron que se mantienen igual en su relación o la manera de demostrar afecto al paciente.

El 25% de los familiares entrevistados respondieron que ahora son más unidos en su relación o la manera de demostrar afecto al paciente.

El 20 % de los familiares entrevistados respondieron que ahora son más distantes en su relación o la manera de demostrar afecto al paciente por su enfermedad.

Pregunta No. 12

El 85 % de los familiares entrevistados respondieron que las amistades de la familia se mantienen igual después de la aparición de la enfermedad del paciente.

El 5 % de los familiares entrevistados respondieron que las amistades de la familia ahora son más unidas después de la aparición de la enfermedad del paciente.

El 10 % de los familiares entrevistados respondieron que las amistades de la familia ahora son más distantes después de la enfermedad del paciente.

Pregunta No. 13

El 95 % de los familiares entrevistados respondieron que después de la enfermedad del paciente nadie en la familia tuvo que cambiar o iniciar una actividad.

El 3 % de los familiares entrevistados respondieron que después de la enfermedad del paciente alguien en la familia tuvo que cambiar o iniciar una actividad.

Pregunta No.14

El 75 % de los familiares entrevistados respondieron que la familia no comparte ahora más tiempo del que antes de la enfermedad del paciente compartía.

El 25 % de los familiares entrevistados respondieron que la familia si comparte ahora más tiempo del que antes de la enfermedad del paciente compartía.

Pregunta No. 15

El 76 % de los familiares entrevistados respondieron que a la familia no se le ha dificultado asumir su nuevo papel ante el cuidado del paciente.

El 24 % de los familiares entrevistados respondieron que a la familia si se le ha dificultado asumir su nuevo papel ante el cuidado del paciente.

Pregunta No.16

El 73 % de los familiares entrevistados respondieron que por causa de la aparición de la enfermedad no hay un miembro en la familia que se encuentre desorientada, confusa e insatisfecha.

El 27% de los familiares entrevistados respondieron que por causa de la aparición de la enfermedad si hay en la familia un miembro que se encuentre desorientado, confuso e insatisfecho.

Matriz 2 Adaptación Familiar

9. ¿Quiénes han cambiado su actitud con el paciente después de la enfermedad?								
Madre 0	Padre 6	Pareja 9	Hijos 0	Hermanos 4	Otro 1	Ninguno 39	Padres 0	Total 59
10. ¿Antes de la enfermedad cómo eran sus relaciones con el paciente?								
Excelentes 16	Buenas 41	Regular 1	Malas 1				59	
11. ¿Algún miembro de la familia ha cambiado su relación o manera de demostrar afecto al paciente por su enfermedad?								
Son mas unidos 15	Son mas distantes 12		Se mantienen igual 32				Total 59	
12. ¿Las amistades de la familia han cambiado por la enfermedad del paciente?								
Son mas unidos 3	Son mas distantes 6		Se mantienen igual 50				Total 59	
13. Después que el paciente enfermó, alguien tuvo que cambiar o iniciar una actividad?								
Inició 0	Cambió 2		Si 1	No 56			Total 59	
14. La familia comparte ahora mucho más tiempo del que compartía antes de la enfermedad del paciente?								
Si 15			No 44				Total 59	
15. ¿Se le ha dificultado asumir su nuevo papel ante el cuidado del paciente?								
Si 14			No 45				Total 59	
16. ¿Por causa de la aparición de la enfermedad en el paciente hay alguna persona que se encuentre desorientada, confusa e insatisfecha?								
Si 16			No 43				Total 59	
Total de la población encuestada en Porcentaje							100 %	

Fuente: Familiares de pacientes que reciben tratamiento en el Instituto de Neurociencias

Adaptación

71.1 % ----- Estructurada
25.1 % ----- Rígida
3.8 % ----- Flexible
0% ----- Caótica

Comunicación Familiar

Pregunta No.17

El 100 % de los familiares entrevistados respondieron que para intentar ayudar a la persona afectada buscan ayuda profesional.

Pregunta No. 18

El 51 % de los familiares entrevistados respondieron que el paciente algunas veces es respetado en casa cuando toma o imparte una solución.

El 29 % de los familiares entrevistados respondieron que el paciente nunca es respetado en casa cuando toma o imparte una solución.

El 20 % de los familiares entrevistados respondieron que el paciente siempre es respetado en casa cuando toma o imparte una solución.

Pregunta No. 19

El 88 % de los familiares entrevistados respondieron que no hay en la familia alguien que haya tenido que tomar decisiones en casa que antes no lo hacía.

El 12 % de los familiares entrevistados respondieron que si hay en la familia alguien que haya tenido que tomar decisiones en casa que antes no lo hacía.

Pregunta No. 20

El 56 % de los familiares entrevistados respondieron que la opinión del paciente algunas veces es tomada en cuenta en casa cuando hay que tomar una decisión.

El 25 % de los familiares entrevistados respondieron que la opinión del paciente nunca es tomada en cuenta en casa cuando hay que tomar una decisión.

El 19 % de los familiares entrevistados respondieron que la opinión del paciente siempre es tomada en cuenta en casa cuando hay que tomar una decisión.

Pregunta No. 21

El 35 % de los familiares entrevistados respondieron que quien asume el manejo o las responsabilidades de las situaciones conflictivas que se presentan en la familia son los padres.

El 19 % de los familiares entrevistados respondieron que quien asume el manejo o las responsabilidades de las situaciones conflictivas que se presentan en la familia es la pareja.

El 14 % de los familiares entrevistados respondieron que quien asume el manejo o las responsabilidades de las situaciones conflictivas que se presentan en la familia son los hermanos.

El 10 % de los familiares entrevistados respondieron que quien asume el manejo o las responsabilidades de las situaciones conflictivas que se presentan en la familia son los hijos.

El 7 % de los familiares entrevistados respondieron que quien asume el manejo o las responsabilidades de las situaciones conflictivas que se presentan en la familia es la madre.

El 7 % de los familiares entrevistados respondieron que quien asume el manejo o las responsabilidades de las situaciones conflictivas que se presentan en la familia es el padre.

Pregunta No. 22

El 87 % de los familiares entrevistados respondieron que cuando se presentan situaciones conflictivas asumen acciones como dialogar y enfrentar el problema.

El 8 % de los familiares entrevistados respondieron que cuando se presentan situaciones conflictivas asumen acciones como evitarla.

El 5 % de los familiares entrevistados respondieron que cuando se presentan situaciones conflictivas asumen acciones como culparse entre ellos.

Pregunta No. 23

El 93 % de los familiares entrevistados respondieron que en la familia si se permite el diálogo acerca de temas de interés para todos.

El 7 % de los familiares entrevistados respondieron que en la familia no se permite el diálogo acerca de temas de interés para todos.

Pregunta No. 24

El 90 % de los familiares entrevistados respondieron que durante los diálogos familiares el paciente si participa de ellos.

El 10 % de los familiares entrevistados respondieron que durante los diálogos familiares el paciente no participa de ellos.

Pregunta No. 25

El 86 % de los familiares entrevistados respondieron que en la familia si es permitido hablar de la enfermedad del paciente.

El 14 % de los familiares entrevistados respondieron que en la familia no es permitido hablar de la enfermedad del paciente.

Pregunta No. 26

El 86 % de los familiares entrevistados respondieron que en la familia no han notado silencios o molestias de algún miembro cuando se habla de la enfermedad del paciente.

El 14 % de los familiares entrevistados respondieron que en la familia si han notado silencios o molestias de algún miembro cuando se habla de la enfermedad del paciente.

Matriz 3
Comunicación Familiar

17. ¿Qué soluciones ha intentado para ayudar a la persona afectada?									
Buscan y dialogan con el(ella) 0		Se aíslan 0		Buscan ayuda profesional 59			Total 59		
18. ¿El paciente es respetado en casa cuando toma o imparte una decisión									
Nunca 17		Algunas veces 30		Siempre 12			59		
19. ¿Alguien ha tenido que tomar decisiones en casa que antes no hacia?									
Si 7				No 52			Total 59		
20. ¿Cuándo hay que tomar decisiones la opinión del paciente es tomada en cuenta?									
Nunca 15		Algunas Veces 33		Siempre 11			Total 59		
21. ¿Quién asume el manejo o las responsabilidades de las situaciones conflictivas que se presentan en la familia?									
Madre 4	Padre 4	Pareja 11	Hijos 6	Hermanos 8	Otro 5	Ninguno 0	Padres 21	Total 59	
22. ¿Cuándo se presentan situaciones conflictivas se asumen acciones como?									
Dialogan y Enfrentan el Problema 51		Se Culpabilizan entre ustedes 3		Son Indiferentes 0		Evitan 5		Otro 0	Total 59
23 ¿Entre los miembros de la familia se permite el dialogo acerca de temas de interés para todos?									
Si 54				No 4			Total 59		
24. ¿Durante los diálogos de la familia el paciente participa en ellos?									
Si 53				No 6			Total 59		
25. ¿En la familia es permitido hablar de la enfermedad del paciente?									
Si 51				No 8			Total 59		
26¿Han notado en algún miembro de la familia silencios o molestias cuando se habla de la enfermedad del paciente?									
Si 8				No 51			Total 59		
Total de la población encuestada en Porcentaje							100 %		

Fuente: Familiares de pacientes que reciben tratamiento en el Instituto de Neurociencias

El conducción de la comunicación facilita el desenvolvimiento de las dimensiones de Cohesión y Adaptabilidad familiar frente a determinado suceso, en este caso el Diagnostico de uno de sus miembros con Esquizofrenia.

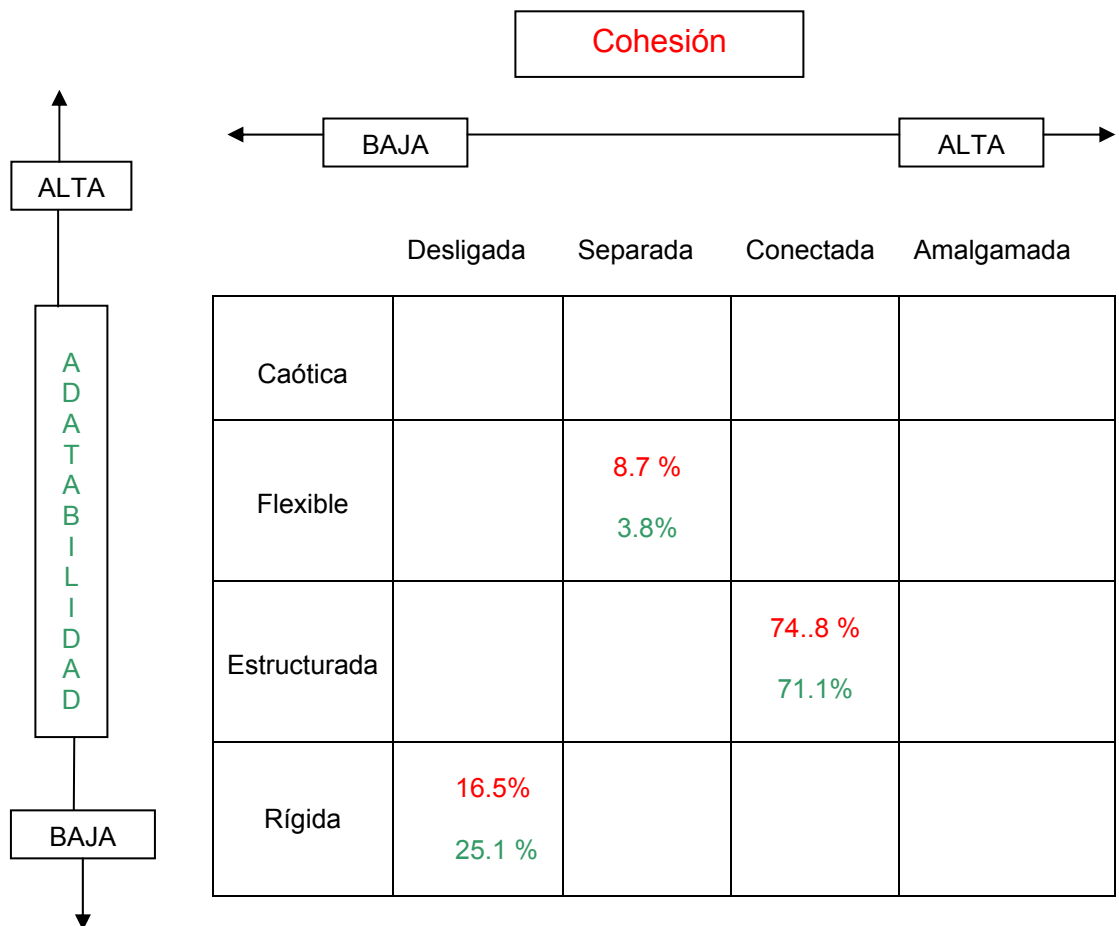
6.1 Análisis de Resultados

Cohesión y Adaptabilidad Familiar

Los padres en conjunto aportan mayor apoyo al paciente en cuanto a su enfermedad, seguido de la madre, lo que evidencia que la población con Diagnostico de Esquizofrenia fue diagnosticada entre su adolescencia y adulto joven, cuando todavía no ha salido del hogar, siendo aun dependiente de sus padres.

Sólo en un 17%, es la pareja quien apoya al miembro con diagnostico de Esquizofrenia.

Esto supone que es posible es que presentaran algunos rasgos psicopatológicos durante su adolescencia, pero que posiblemente surgieron en la edad adulta y cuando se independizaron de sus padres, para conformar sus propias familias.



Cohesión: Conectada (74.8%)- Desligada (16.5%) – Separada (8.7%)

Adaptabilidad: Estructurada (71.1%)- Rígida (25.1%) – Flexible (3.8%)

COHESION

El 74.8% de las familias es CONECTADA, lo cual quiere decir que son familias que tienden a mantener una relación de involucramiento entre sus miembros, permitiendo sus propios espacios, con intereses y motivaciones hacia las interacciones afectivas.

El 16.5% de las familias es DESLIGADA, en este grupo familiar se observa una tendencia muy baja hacia el involucramiento y a la interacción entre sus miembros y con bajo nivel de respuesta afectiva entre si, falta de cercanía entre sus miembros.

El 8.7% de las familias es SEPARADA, se observó en el estudio un porcentaje muy bajo de las familias que prefieren la distancia personal entre sus miembros, con un grado de involucramiento aceptable.

ADAPTABILIDAD

El 71.1% de las familias es ESTRUCTURADA, lo que quiere decir que tienen tendencia significativa de un familiar reconocido como cabeza de familia, con liderazgo y con intercambio de interacción entre sus miembros.

El 25.1% de las familias es RIGIDA, con una tendencia moderada hacia la autocrítica entre sus miembros, con inclinaciones a buscar el equilibrio; leyes y normas rígidas, en el sistema familiar en cuanto al afrontamiento de los cambios vivenciados con el enfermo crónico.

El 3.8% de las familias es FLEXIBLE, un bajo porcentaje de las familias presentan tendencias hacia la resolución de problemas a través de la negociación, poco indulgentes, ocasionalmente buscan el consenso y la democracia.

Genograma Familiar

A continuación se hace una descripción de la estructura familiar, teniendo como base el genograma aplicado a cada una de ellas (ver anexo No.4, para las convenciones).

Familia No.1

Se representa este grupo familiar como, una familia nuclear, su composición o estructura, esta dada por el padre, la madre y dos hijas. No se conoce de algún antecedente familiar que indique que haya existido un miembro con alteración mental en alguno de los dos progenitores.

Este grupo familiar se caracteriza por encontrarse en la etapa del ciclo vital familiar correspondiente a la edad adulta (“destete de los padres”), en esta etapa el hijo mayor esta entre los 19 a 49 años aproximadamente y es en esta etapa cuando algunos hijos comienzan a separarse de la familia de origen, ya sea por la vinculación laboral, estudios o para conformar su propia unidad familiar. En esta época puede presentarse una dificultad marital.

Se puede agregar que es una familia en la que ambos padres tratan de cumplir funciones propias de los progenitores.

Familia No. 2

Se representa este grupo familiar como, una familia extensa completa, su composición esta dada por el padre, la madre, dos hijas y un hijo varón.; en donde una de las hijas ya conformó su unidad familiar y que como producto de esa unión tiene dos hijos, sin embargo aún vive en la misma casa con lo padres. No se conoce de algún antecedente familiar que indique que haya existido un miembro con alteración mental en alguno de los dos progenitores.

Este grupo familiar se caracteriza por encontrarse en la etapa del ciclo vital familiar correspondiente a la edad adulta (“destete de los padres”), en esta etapa el hijo mayor esta entre los 19 a 49 años aproximadamente, además que esta unidad familiar incluye niños con edad preescolar y la convivencia con otra pareja conformada, lo que puede añadir una dificultad ya que además de combinar el

ciclo anteriormente expuesto con el del nacimiento de los hijos, el cuidado de los cuales requiere un tratamiento especial por parte de algunas mujeres.

Familia No.3

Se representa este grupo como una, familia extensa la cual se ha dispersado, esto obedece a que se encuentran en el ciclo vital familiar correspondiente a la edad adulta, donde los hijos han conformado su propia unidad familiar independiente de los padres; sin embargo el paciente quien también había conformado su propia unidad familiar se separó de la esposa a causa de los síntomas de la enfermedad.

Lo anterior deja una nueva composición familiar, acompañado del ciclo vital familiar correspondiente al retiro de la vida activa, ya que lograron liberar a los hijos y el papá está jubilado. Entonces la nueva unidad familiar está dada por el padre, la madre y un hijo (paciente).

En la familia no se tiene ningún antecedente conocido de enfermedad mental por parte de los progenitores del paciente.

Familia No. 4

Es una familia nuclear completa, que por su relación de pareja se denomina unión libre; la conforman los dos progenitores y tres hijos.

En el seno familiar se explican la enfermedad del paciente, desde los antecedentes familiares, ya que su padre padecía de un tipo de alteración mental, la cual no es muy clara ni para la esposa, ni para los hijos, por lo que no identifican si era el mismo diagnóstico de enfermedad mental del paciente.

En la actualidad esta familia se encuentra en el ciclo vital familiar denominado familia adulta, esto obedece a que el hijo mayor en la actualidad cuenta con 19 años.

El paciente lleva una rutina diaria, con actividades que le permiten desenvolverse social y laboralmente esto lo hace con el aval del psiquiatra y el acompañamiento familiar.

Familia No.5

Es una familia nuclear extensa, obedeciendo esto a que además de la familia nuclear (esposos e hijos), dos de los hijas quienes ya conformaron sus propias unidades familiares, incluyendo a sus propios hijos, aun continúan conviviendo en la casa de los padres una de ellas separada.

El resto de los hijos adultos no han conformado sus propias familias, sin embargo colaboran con las responsabilidades del hogar de los padres.

En la familia no se tiene ningún antecedente de enfermedad mental por parte de los progenitores de la paciente. O de algún cuadro parecido en otro pariente.

Familia No.6

Es una familia nuclear completa, que por su relación de pareja se denomina unión libre; la conforman los dos progenitores y cuatro hijos, distribuidos en dos hijas mujeres y dos varones.

En la actualidad esta familia se encuentra en el ciclo vital familiar denominado familia adulta, en esta etapa los hijos comienzan a separarse por múltiples razones, por ejemplo, estudios, trabajo o la conformación de su propia unidad familiar, sin embargo hay que decir que hay hijos adolescentes.

No se tiene antecedentes de alguna enfermedad mental en algún otro pariente, ni como antecedente familiar.

Familia No.7

Esta es una familia nuclear, extensa e incompleta, ya que los padres están separados, y el padre con la conformación de un nuevo hogar.

En la actualidad la componen la madre, los dos hijos varones, uno de ellos con la formación de su propio hogar, sin embargo se encuentra habitando la casa de los padres, con su esposa y dos hijos varones (nietos).

Se puede decir que esta familia se encuentra en el ciclo vital familiar de familia adulta con hijos en edad escolar.

Se desconoce en la familia la presencia de algún otro miembro con el mismo padecimiento del paciente.

Familia No. 8

Es una familia completa, con la figura materna y paterna, con hijos adolescentes.

Hay que decir que la madre viene de una separación, que dejó una hija de su anterior relación, la cual convive con ella actualmente, siendo su nueva pareja la figura paterna.

No hay evidencias de trastorno mental en ninguno de los antecesores de los progenitores del paciente, así como de algún otro familiar.

Familia No. 9

Es una familia completa que convive en unión libre, la figura materna y paterna, con hijos adolescentes en edad escolar

Hay que decir que la madre viene de una separación, que dejó un hijo de su anterior relación, el cual convive con ella actualmente, siendo su nueva pareja la figura paterna.

No hay evidencias de trastorno mental en ninguno de los antecesores de los progenitores del paciente, así como de algún otro familiar.

Familia No. 10

La estructura de esta familia se denomina como familia adulta extensa, ya que en ella conviven: papá, mamá (paciente), el abuelo, un hijo y una hija, quien ya constituyó su propio grupo familiar, sin embargo vive en la casa de los padres con el esposo y un hijo.

La otra hija, quien también ya constituyó su grupo familiar, si se encuentra totalmente independiente de los padres (esposo e hijas).

Todos los hijos son adultos, sin embargo el hijo esta en espera de conformar su propia familia.

No se conocen antecedentes familiares de algún otro miembro con el mismo diagnostico.

Familia No. 11

La estructura familiar se caracteriza por la figura materna y paterna con hijas adultas de las cuales dos se independizaron conformando sus propios hogares, por lo que en la actualidad solo quedan en la unidad familiar la paciente que se separó a causa de la enfermedad, con sus tres hijos y los padres, incluyendo una hermana que aún permanece soltera.

Por lo anterior se denomina familia adulta extensa.

No se conocen de antecedentes familiares que relacionen la patología con otro miembro familiar.

Familia No.12

Es una familia con una estructura nuclear, conformada por el padre, la madre y dos hijos; que se encuentra en el ciclo vital familiar de familia adulta, donde la hija conformó su propia unidad familiar, encontrándose independiente totalmente de sus padres.

En la actualidad viven en la casa los dos padres con el paciente (hijo).

No se conocen antecedentes familiares de algún otro miembro con la misma patología.

Familia No. 13

Es una familia que por su estructura se denomina familia extensa con un solo padre, ya que el padre falleció, y en convivencia se encuentran ambos hijos, quienes conformaron ya sus hogares y trajeron a la casa materna a sus respectivas parejas, y algunos nietos de la paciente. Sin embargo, en el caso del hijo tuvo dos hogares anteriores al actual, de los cuales se separó y como producto de esas relaciones quedaron dos hijas, una de ellas en embarazo actual y otra que convive con él en la casa materna y un hijo que aun no conforma su hogar.

En el caso de la hija quien también conformo su hogar y siguió viviendo en la casa materna y tuvo cuatro (4) hijos, una mujer y tres varones, de los cuales solo uno de los varones no ha conformado su hogar y convive junto con sus padres en la casa de la abuela.

Se desconoce por parte de los familiares algún antecedente de un miembro familiar con enfermedad mental.

Familia No.14

Esta familia se caracteriza en su estructura, por ser una familia extensa mezclada, es decir se encuentran en convivencia los esposos con los hijos de matrimonios previos como es el caso del señor, y extensa ya que la hija que se separó convive en la misma casa con los padres y su hija.

No se conoce historia de antecedentes que indiquen la presencia de un miembro familiar con enfermedad mental.

Familia No. 15

Es una familia que por su estructura se denomina familia nuclear, conformada por los esposos y los hijos.

Además de encontrarse en la etapa del ciclo vital familiar considerado como intermedio, donde la pareja lleva ya entre 8 y mas años de convivencia, superando así muchos conflictos, además de encontrarse los hijos en edad escolar y adolescentes.

No se tiene en la familia antecedentes de enfermedad mental.

Familia No.16

Es una familia nuclear extensa, obedeciendo esto a que además de la familia nuclear (esposos e hijos), dos de los hijos quienes ya conformaron sus propias unidades familiares, incluyendo a sus propios hijos, aun continúan conviviendo en la casa de los padres.

Se encuentran dos hijos que continúan sus estudios y están solteros en casa.

El padre se encuentra en retiro de la vida activa, es decir cuenta con una pensión actualmente, no esta demás decir que comparten los gastos de la casa entre todos los que conviven en ella.

No se conoce de antecedente familiar en la paciente de un trastorno mental.

Familia No.17

Es una familia que por su estructura se denomina familia nuclear, conformada por los esposos y los hijos.

En la actualidad el esposo se encuentra pensionado y retirado de la vida activa por las características de la enfermedad, la esposa tiene en el hogar una miscelánea que permite colaborar con los gastos de la casa.

Es una familia en una etapa intermedia, en la cual ya tienen muchos años de convivencia hay una hija en edad adulta y los otros en edad adolescente, quienes se encuentran estudiando.

Familia No. 18

Es una familia nuclear extensa obedeciendo esto a que conviven los padres con los hijos quienes a su vez conformaron su propia unidad familiar y aun viven en la misma unidad familiar que los padres junto con su esposa e hija.

En el caso del paciente, quien formo su unidad familiar, de la cual quedaron tres hijos, se separó de la esposa por motivos de las características de la enfermedad y se regreso a la casa de los padres.

La familia no tiene antecedentes de familiares psiquiátricos.

Familia No. 19

Es una familia que por su estructura se reconoce como una familia nuclear extensa, ya que conviven los esposos con los hijos y la abuela por parte del papá, a lo que hay que agregar que la hija ya conformo su propia unidad familiar, independizándose del hogar de sus padres.

Es una familia adulta, ya que los hijos están laborando y en etapa de conformar su propia familia para independizarse de los padres totalmente.

No se conocen de antecedentes familiares que indiquen causa genética para la enfermedad del paciente.

Familia No.20

Se caracteriza por encontrarse una estructura de familia nuclear, la cual se conforma por los esposos y los hijos

Uno de los hijos ya conformo su propia familia y no convive con los padres, por lo que en la casa conviven los padres con un hijo (paciente), quien es un adulto.

No obstante lo anterior el padre aun es una persona activa laboralmente y la madre permanece en casa.

En ninguno de los progenitores tienen antecedentes de parientes con enfermedad mental.

Familia No. 21

Es una familia nuclear extensa donde conviven los esposos y los hijos, teniendo en cuenta que una hija ya formo su hogar, encontrándose en embarazo actualmente, vive con su esposo en el hogar de sus padres.

Bajo el seno familiar aun se encuentran los otros dos hijos varones que ya son adultos, uno de ellos es el paciente, que pese a su enfermedad trabaja en una ferretería como ayudante.

Una de las hijas vive en otra ciudad por su trabajo, y solo viene por temporadas cuando su trabajo se lo permite.

No se conocen de antecedentes familiares de una enfermedad mental.

Familia No. 22

Se caracteriza esta familia por ser una familia nuclear extensa ya que en la casa habitan los esposos con los hijos y un tío (paciente).

Se encuentra en la etapa escolar con niños menores.

Los padres del paciente viven fuera de la ciudad, junto con dos hermanos más, por lo que la hermana asumió su cuidado, lo que no quiere decir que el paciente no realice ningún tipo de actividad ya que el trabaja en un negocio de la hermana y su esposo como auxiliar.

No tienen antecedentes en la familia de otro miembro con alguna enfermedad mental.

Familia No.23

Es una familiar que por su estructura se denomina nuclear, ya que esta formada por los esposos y los hijos.

Es una familia adulta, ya que los hijos se encuentran laborando actualmente, es así el caso de uno de los hijos que vive fuera de la ciudad por su profesión.

El papa esta le falta poco para pensionarse.

Ninguno de los hijos ha conformado su hogar todavía.

No conocen de antecedentes familiares en la paciente de otro miembro con una enfermedad mental.

Familia No. 24

Es una familia que por su estructura se denomina nuclear, ya que esta dada por los esposos y las hijas.

Es una familia adulta, donde una de las hijas se independizó a causa de la enfermedad de la paciente, no esta demás decir que no ha formado su propia unidad familiar.

El padre es activo laboralmente y la mamá se dedica al cuidado del hogar, a la paciente se retiró de sus estudios (fisioterapia) a causa de la enfermedad.

No tienen antecedentes familiares de otro miembro con una enfermedad mental.

Familia No. 25

Es una unidad familiar con una estructura nuclear, conformada por los esposos y dos hijos.

Es una familia con hijos adolescentes escolares, El padre es quien mantiene el sustento del hogar y la madre se encarga del hogar.

No se conocen de antecedentes en la familia por parte de ninguno de los dos progenitores enfermedad mental. Sin embargo el hermano de la paciente, también estuvo recluso en el psiquiátrico con el mismo diagnostico.

Actualmente ambos jóvenes asisten a sus clases para culminar sus estudios de bachillerato.

Familia No.26

Se caracteriza esta estructura familiar por ser una familia de un solo padre y extensa, en este caso la madre falleció.

En esta familia la hija quien formo su propio hogar se separó quedando bajo su custodia el hijo de esa relación. Y vive en la casa de sus padres.

Por otra parte la paciente quien también vive en la misma casa con su hijo, ya que también se separó de su esposo a causa de la aparición de la enfermedad, es sobrina del jefe del hogar, por lo que se denomina familia extensa.

Los padres de la paciente junto con sus hermanas viven en el exterior por lo que se encuentra al cuidado de su tío y prima, a la espera que puedan llevársela con ellos.

Se desconocen antecedentes familiares de enfermedad mental en algún otro miembro familiar.

Familia No. 27

Se caracteriza la estructura familiar como una familia nuclear extensa, donde se encuentra conformada por los esposos, los hijos, siendo extensa por que en la misma conviven las esposas de los hijos y los nietos.

Solo una hija se encuentra totalmente independiente del hogar de los padres, teniendo ella constituida su propia unidad familiar.

La paciente que se separó a causa de la enfermedad vive en casa de los padres con sus hijos.

El papá se encuentra pensionado en la actualidad, los gastos de la casa son compartidos entre todos.

Se desconoce de antecedentes familiares relacionados con la enfermedad mental de la paciente.

Familia No.28

Se caracteriza la estructura familiar como una familia nuclear extensa, donde se encuentra conformada por los esposos, los hijos, siendo extensa debido a que en la casa de los padres conviven la esposa del hijo y los nietos.

La paciente quien enfermo después de haber conformado su propia unidad familiar regreso a casa de los padres con sus hijas ya que se separó de su esposo a causa de la enfermedad.

Aun se mantiene un hijo adulto soltero en casa, en espera de conformar su propia unidad familiar.

Se desconocen antecedentes familiares con enfermedad mental.

Familia No. 29

Se caracteriza la estructura familiar compuesta- extensa donde aparece una familia nuclear conformada por los esposos y una hija siendo extensa por que en la misma casa conviven la pareja de esposos (tío) ya que los dos hijos que tuvieron se encuentran en otra ciudad con sus respectivas unidades familiares y es la sobrina quien acompañan a la pareja de ancianos.

El señor esta pensionado al igual que su esposa, él por su enfermedad y ella por la edad.

No se tienen antecedentes familiares de otros miembros con enfermedad mental.

Familia No. 30

Es una unidad familiar con una estructura nuclear, conformada por los esposos y los hijos.

Es una familia adulta, ya que los hijos han iniciado actividades independientes de sus padres y están a la espera de conformar sus propias unidades familiares.

El padre esta retirado de la vida laborar y la madre se encarga de las cosas de la casa.

Los hijos aportan a las responsabilidades del hogar.

No se conocen antecedentes familiares de enfermedad mental en otro miembro de la familia.

CONCLUSIONES

- Se evidencia que la familia es conciente de la problemática de la salud mental de su familiar y que tiende a la búsqueda de ayuda profesional.
- Los niveles de respeto frente al familiar con diagnóstico de esquizofrenia es superior al 60%, lo que deja entrever la importancia del diálogo y de la responsabilidad de la familia frente al problema de su familiar.
- En cuanto a la toma de decisiones, no se generaron muchos cambios que hayan afectado a la familia, se corrobora que los padres han tenido la autoridad reconocida.
- Se identifica que en un porcentaje bajo, la opinión del paciente no es tomada en cuenta, esto puede confirmarse en los tipos de familia Desligadas y Rígidas.
- Se encontró que un porcentaje significativo que la familia tiende al diálogo, lo que evidencia en los tipos de familias Conectadas-Estructuradas y Separadas-Flexibles.
- Se encontró en un porcentaje menor que tienden a culparse entre ellos y asumir conductas de evitación, lo que se observa en los tipos de familia Desligadas y Rígidas.
- Se identifica que alrededor del 95% la familia permite el diálogo, solo un menor porcentaje mantiene niveles de comunicación cerrados, sin embargo el que el porcentaje de comunicación sea alto, genera mayor participación del miembro con esquizofrenia, lo cual se observa en su dinámica interna, donde a su vez se permite hablar de la enfermedad siendo este un tema abierto.

Los esfuerzos específicos que han realizado las familias en estudio, han intentado reducir las demandas y requerimientos de apoyo que exigen este tipo de personas con discapacidad mental.

Hay una proporción alta de rehabilitación, ya que se identificaron dos (2) tipos de familias con las que se pueden lograr mayores objetivos de evolución al interior de sus relaciones, entre sus miembros, que son las separadas-Flexibles y las Conectadas-Estructuradas, otra más que se logró identificar fue la Desligada-Rígida.

Lo anterior deja reconocido lo planteado por Olson, en su modelo Circumplejo, donde estas dos (2) familias son facilitadoras del funcionamiento familiar; mientras que los extremos son vistos como más problemáticos; lo que tiende al desgaste interno de los sistemas familiares y aumenta el riesgo de recaídas y de menores probabilidades de rehabilitación e integración a la vida familiar, social y laboral.

RECOMENDACIONES

- Incentivar a las familias a iniciar un proceso de psicoterapia, paralelas al proceso de rehabilitación farmacológica del paciente, esto como apoyo para los miembros de la familia.
- Tratar de motivar más el diálogo y participación dentro del proceso de rehabilitación del paciente.
- Romper mediante psicoterapias familiares o grupos de apoyo, con el paradigma de que al ser diagnosticado como Esquizofrénico no hay nada que hacer.
- Desarrollar investigaciones que permitan evaluar el funcionamiento de la comunicación familiar en familiares de pacientes esquizofrénicos, teniendo en cuenta que se puede profundizar aun más al respecto

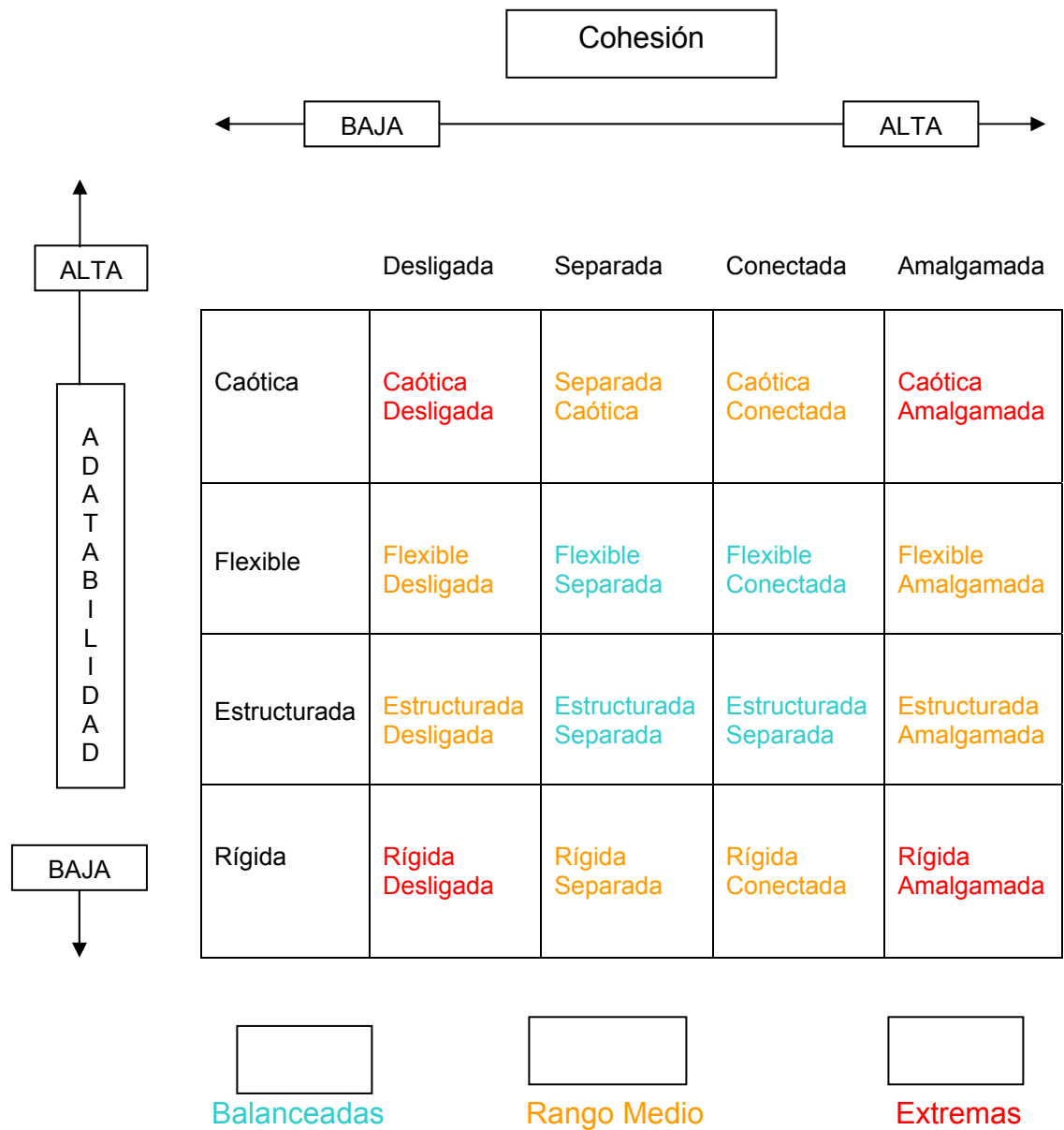
BIBLIOGRAFIA

1. Minuchin, Salvador -"Familias Y Terapia Familiar" - Edit. Gedisa. 1989.
2. Bateson, G.: Una unidad sagrada. Pasos ulteriores hacia una ecología de la mente. Edición de Rodney E. Donaldson. Barcelona: Gedisa, 1993.
3. Bateson , M.C.: Como yo los veía. Barcelona: Gedisa, 1989.
4. Bateson, G.: Pasos hacia una ecología de la mente. Buenos Aires: Carlos Lohlé, 1985
5. Bateson, G. Y Ruesch, J.: Comunicación: La matriz social de la psiquiatría. Barcelona: Paidós, 1984.
6. Bateson, G.: Espíritu y naturaleza. Buenos Aires: Amorrortu, 1979.
7. Bateson, G: "Allegory". Artículo publicado originalmente en Coevolution Quarterly en la primavera de 1978 y reproducido por cortesía de Steward Brand en www.oikos.org/batallegory.htm con el encabezamiento "May 12, 1979 At the Hermitage".
8. BEELS, C.: "Entrevista con Gregory Bateson", en La nueva comunicación. Barcelona: Kairós, 1984. (pp. 303-310)
9. BERGER, M. (ed.): Más allá del doble vínculo. Comunicación y sistemas familiares. Teorías y técnicas empleadas con esquizofrénicos. Barcelona: Terapia familiar, 1993.
10. Berthalanfy, L. (1994) Teoría General de los sistemas. Bogotá, Fondo de cultura económica.
11. De Shazer, S. (1989) Claves para la Solución en Terapia Breve. Buenos Aires, Paidós.
12. Ferreira-"MITOS FAMILIARES" (en "INTERACCIÓN FAMILIAR"; - Edit. Buenos Aires.
13. FISCH, R.; WEAKLAND, J.H. Y SEGAL, L.: La táctica del cambio. (Cómo abreviar la terapia). Barcelona: Herder, 1984.

14. Goldstein, M.J. y Rodnick, E.H. (1975). The family's contribution to the etiology of schizophrenia: Current status. *Schizophrenia Bulletin*, 1, 48-63.
15. Haley, J.. Critical overview of present status of family interaction research. En J. Framo (Ed.), *Family*. 1972
16. Haley, Jay -"Terapia No Convencional" Edit. Amorrortu Bikel -"LAS Etapas De La Vida Familiar: Transición Y Cambio" -Revista "Terapia Familiar" nº 9.
17. Hernández, A. (1997) Familia: Ciclo vital y psicoterapia sistémica breve. Bogotá, El Búho.
18. Jacob, T. y Grounds, L. (1978). Confusions and conclusions: A response to Doane. *Family Process*, 17, 377- 387.
19. Jacob, T. (1975). Family interaction in disturbed and normal families: A methodological and substantive review. *Psychological Bulletin*, 82, 33-65.
20. Keeney. (1987) La estética del cambio. Buenos Aires, Paidós.
21. Ludewig, Kurt. Terapia sistémica. Bases de teoría y prácticas clínicas. Barcelona, Herder. 1996
22. Madanes -"TERAPIA FAMILIAR ESTRATÉGICA" - Edit. Amorrortu.
23. Morin, E. (1994) Introducción al pensamiento complejo. Barcelona, Gedisa.
24. Navarro, J. (1992) Técnicas y Programas en Terapia Familiar. Barcelona, Paidós.
25. Ochoa, I. (1995) Enfoques en Terapia Familiar Sistémica. Barcelona, Herder.
26. R. Garberí y E. Caompañ -"EVOLUCIÓN SISTEMAS Y TERAPIA FAMILIAR". Edit. Servicios Psiquiátricos Provinciales- Diputación de Alicante.

27. Ríos, J.A. -"ORIENTACIÓN Y TERAPIA FAMILIAR - Edit. Instituto de Ciencias del Hombre.
28. Sánchez y Gutiérrez, D. (2000) Terapia familiar. Modelos y técnicas. México, Manual Moderno.
29. Sluzki, C. (1987) Cibernética y terapia familiar: un mapa mínimo. Revista sistemas Familiares. Buenos Aires,
30. SLUZKI, C. Y RANSOM. D.C. (ed.): Double Bind. The Foundation of the Communicational Approach to the Family. New York: Grunne & Stratton, 1976.
31. Sluzki, Carlos E.. Interacción familiar. Aportes fundamentales sobre teoría y técnica. Editado por Buenos Aires: Ed. Tiempo Contemporáneo, Colección Fundamentos, 1974.
32. Tienari, P., Sorri, A., Lahti, I., Narala, M., Walhberg, K. et al. (1987). Interaction of genetic and psychosocial factors in schizophrenia. The Finnish adoptive family study: A longitudinal combination of the adoptive family strategy and the risk research strategy. En M.J. Goldstein y H. Tuma (Eds.), Special issue on high risk research. Schizophrenia Bulletin.
33. Watzlawick, P. Y A.A.: La realidad inventada. Barcelona: Gedisa, 1993.
34. Watzlawick, P.: ¿Es real la realidad? Barcelona: Herder, 1986.
35. Watzlawick, p. Y Krieg, P. (eds.): El ojo del observador. Barcelona: Gedisa, 1994.
36. Watzlawick, P.: El lenguaje del cambio. Barcelona: Herder, 1983.
37. Watzlawick, p.; Beavin, J.H. Y Jackson, D.: Teoría de la Comunicación Humana. Barcelona: Herder, 1986.
38. Watzlawick, p.; weakland, j.h. Y fisch, r.: Cambio. Barcelona: Herder, 1986.
39. Zuk g.h. Y Boszormenyi nagi, I. (eds.): Terapia familiar y familias en conflicto. México: Fondo de Cultura Económica, 1985.

Anexo 1
Modelo Circumflejo:
Dieciséis tipos de sistemas Maritales y Familiares



Fuente: tomado de Ángela Hernández Córdoba, (1989). En Familias No Clínicas de Bogotá, aportes a la Psicología..Revista Universidad Santo Tomas, Año 1, No.1

ANEXO 2

ENTREVISTA ESTRUCTURADA PARA LA FAMILIA DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON ESQUIZOFRENIA

Cohesión Familiar

1. ¿Desde la familia cuál es el miembro que más apoya al paciente en cuanto a su enfermedad y tratamiento?

Madre _____ Padre _____ Pareja _____ Hijos _____ Hermanos _____
Otros _____ Ninguno _____ padres _____

2. Se les ha dificultado a ustedes apoyar al paciente en su enfermedad.

Si _____ No _____ ¿Porqué? _____

3. ¿Qué miembro de la familia se ha separado o aislado por la enfermedad del paciente?

Madre _____ Padre _____ Pareja _____ Hijos _____ Hermanos _____
Otros _____ Ninguno _____ padres _____

4. ¿Algún otro miembro de la familia se ha afectado por la enfermedad del paciente?

Madre _____ Padre _____ Pareja _____ Hijos _____ Hermanos _____
Otros _____ Ninguno _____ padres _____

5. ¿Creé usted que la expresión de afecto del paciente hacia su usted ha cambiado por la enfermedad?

Si _____ No _____

6. ¿se permite en la familia la expresión de sentimientos y pensamiento acerca de la enfermedad del paciente?

Si _____ No _____ Porqué? _____

-
7. ¿Existe algún miembro que no permita que esto se dé?

Si _____ No _____ Porqué? _____

-
8. ¿Quién lo apoya más en sus decisiones?

Madre _____ Padre _____ Pareja _____ Hijos _____ Hermanos _____
Otros _____ Ninguno _____ padres _____

Adaptabilidad Familiar

9. ¿Quiénes han cambiado su actitud con el paciente después de la enfermedad?

Madre _____ Padre _____ Pareja _____ Hijos _____ Hermanos _____
Otros _____ Ninguno _____ padres _____

10. ¿Antes de la enfermedad cómo eran sus relaciones con el paciente?

Excelente _____ Buenas _____ Regular _____ Mala _____

11. ¿Algún miembro de la familia ha cambiado su relación o manera de demostrar afecto al paciente por su enfermedad?

a. Ahora son más unidos _____

b. Ahora son más distantes _____

c. Se mantienen igual _____

12. ¿Las amistades de la familia han cambiado por la enfermedad del paciente?

Ahora son más unidas _____ Ahora son más distantes _____ Siguieron igual _____

13. ¿Después que el paciente enfermó, alguien tuvo que cambiar o iniciar una actividad?

Inició _____ Cambio _____ Si _____ No _____

14. La familia comparte ahora mucho más tiempo del que compartía antes de la enfermedad del paciente?

Si _____ No _____

15. ¿Se le ha dificultado asumir su nuevo papel ante el cuidado del paciente?

Si _____ No _____ Por qué? _____

19. ¿Por causa de la aparición de la enfermedad en el paciente hay alguna persona que se encuentre desorientada, confusa e insatisfecha?

Si _____ No _____ Quién _____

Comunicación Familiar

17. ¿Qué soluciones ha intentado para ayudar a la persona afectada?

La buscan y dialogan con ella _____ Se aíslan _____

Buscan ayuda profesional _____ Otro _____

18. ¿El paciente es respetado en casa cuando toma o imparte una decisión?

Nunca ____ Algunas veces ____ Siempre ____

19. ¿Alguien ha tenido que tomar decisiones en casa que antes no hacía?

Si ____ No ____ Quién ____ Cuáles han sido ____

20. ¿Cuándo hay que tomar decisiones la opinión del paciente es tomada en cuenta?

Nunca ____ Algunas veces ____ Siempre ____

21. ¿Quién asume el manejo o las responsabilidades de las situaciones conflictivas que se presentan en la familia?

Madre ____ Padre ____ Pareja ____ Hijos ____ Hermanos ____
Otros ____ Ninguno ____ padres ____

22. ¿Cuándo se presentan situaciones conflictivas se asumen acciones como?

Dialogan y enfrentan el problema ____

Se culpabilizan ustedes ____

Son indiferentes ____

Evitan ____ Otro ____

23. ¿Entre los miembros de la familia se permite el dialogo acerca de temas de interés para todos?

Si ____ No ____ De que manera lo hacen ____

24. ¿Durante los diálogos de la familia el paciente participa en ellos?

Si ____ No ____

25. ¿En la familia es permitido hablar de la enfermedad del paciente?

Si ____ No ____ Porqué? ____

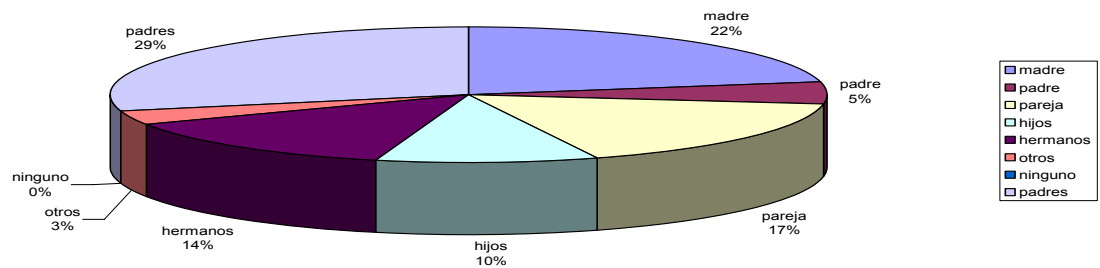
26. ¿Han notado en algún miembro de la familia silencios o molestias cuando se habla de la enfermedad del paciente?

Si ____ No ____Cuál? ____

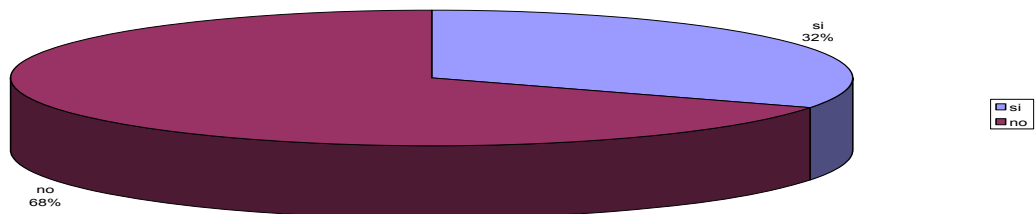
Anexo 3 Gráficas de Resultados

Cohesión Familiar

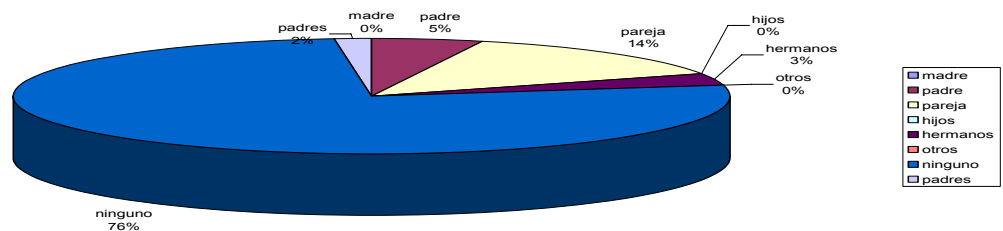
No.1 ¿Desde la familia cual es el miembro que más apoya al paciente en cuanto a su enfermedad?



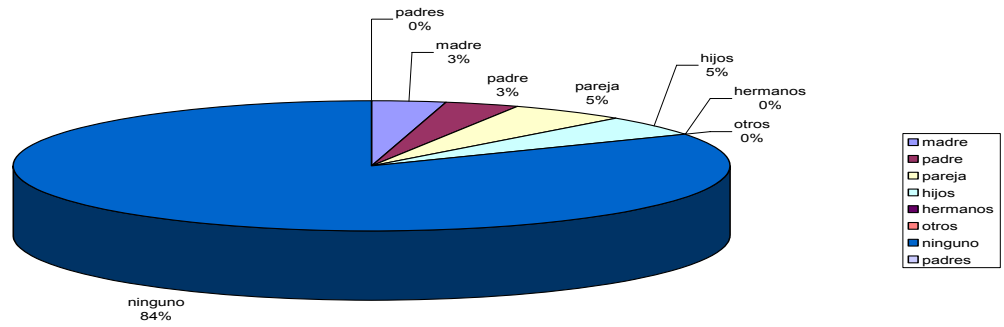
No.2 ¿Se les ha dificultado a ustedes apoyar al paciente en su enfermedad?



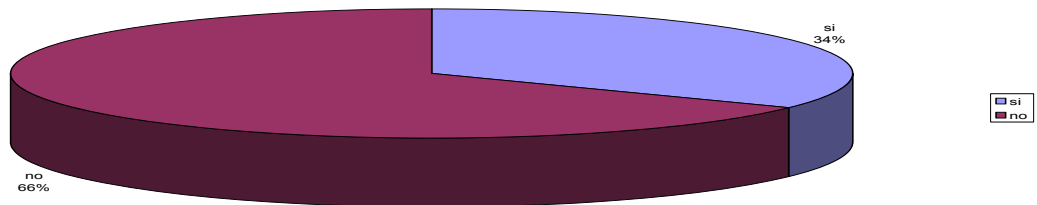
No.3 ¿Qué miembro de la familia se ha separado o aislado por la enfermedad?



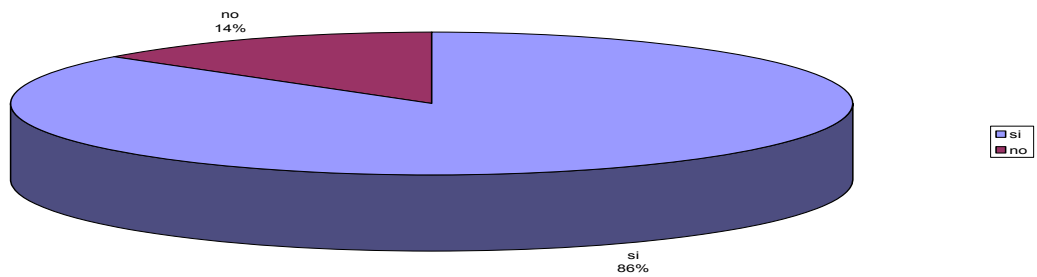
No.4 ¿Que miembro de la familia se ha afectado por la enfermedad del paciente?



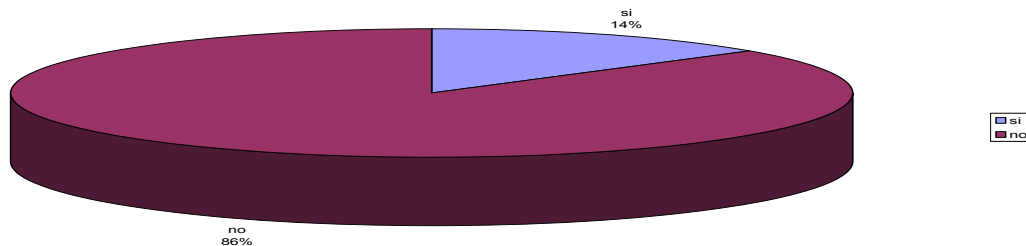
No.5 ¿Creé que la expresión de afecto del paciente hacia usted ha cambiado por la enfermedad?



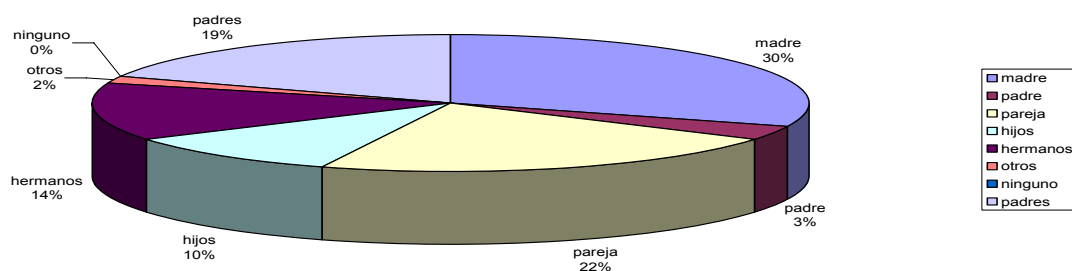
No. 6 ¿ Se permite en la familia la expresión de sentimientos y pensamiento acerca de la enfermedad del paciente?



No.7 ¿ Existe algún miembro que no permita que esto se dé?

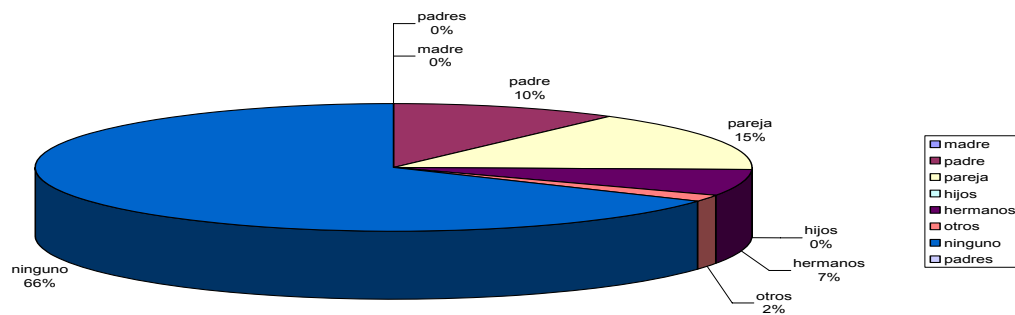


No.8 ¿Quién lo apoya más en sus decisiones?

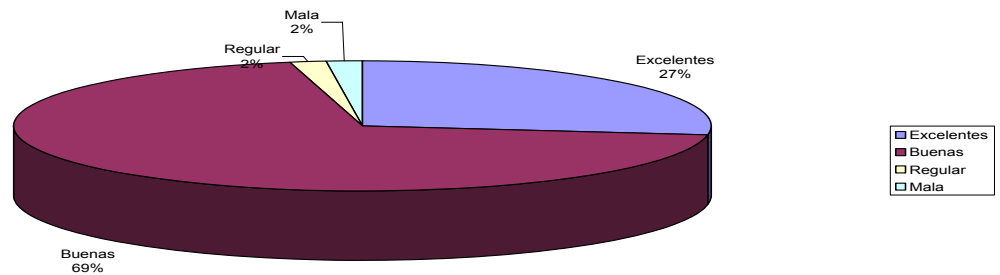


Adaptabilidad Familiar

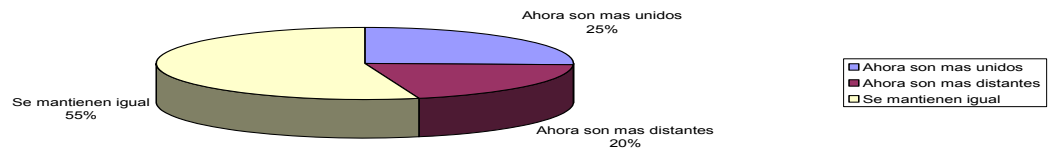
No.9 ¿ Quienes han cambiado su actitud con el paciente despues de la enfermedad?



No.10 ¿Antes de la enfermedad cómo eran sus relaciones con el paciente?



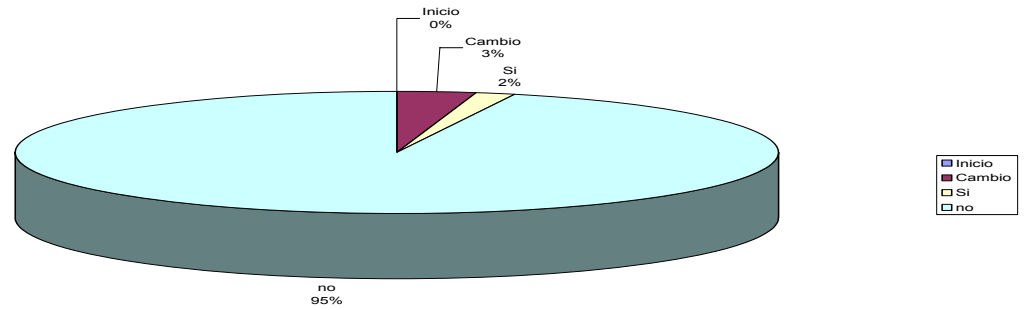
No.11 ¿Algún miembro de la familia ha cambiado su relación o manera de demostrar afecto al paciente por su enfermedad?



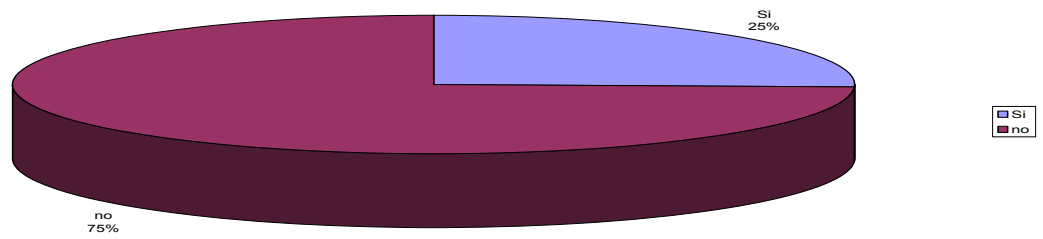
No.12 ¿ Las amistades de la familia han cambiado por la enfermedad del paciente?



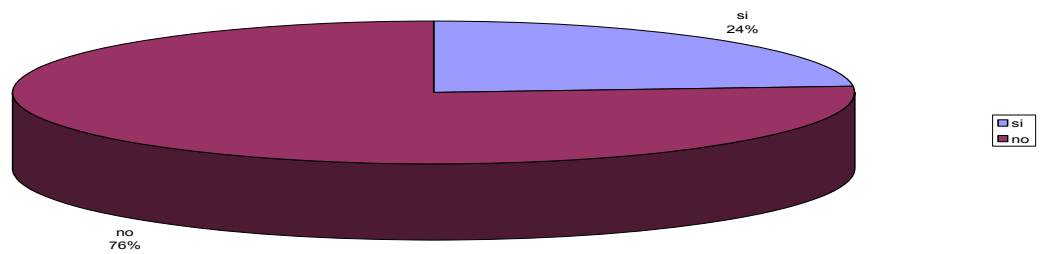
No.13 ¿ Después que el paciente enfermó, alguien tuvo que cambiar o iniciar una actividad?



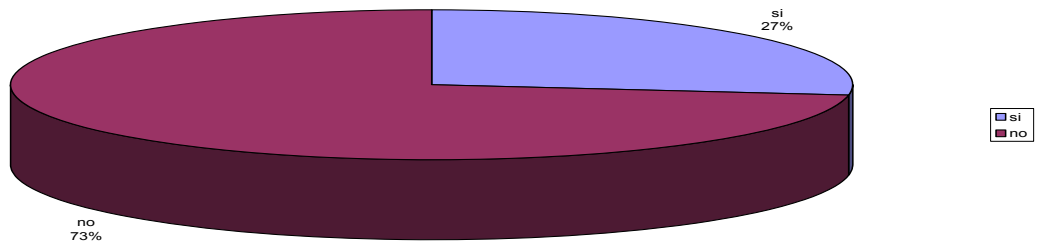
No.14 ¿La familia comparte ahora mucho más tiempo del que compartía antes de la enfermedad del paciente?



No.15 ¿ Se le ha dificultado asumir su nuevo papel ante el cuidado del paciente?

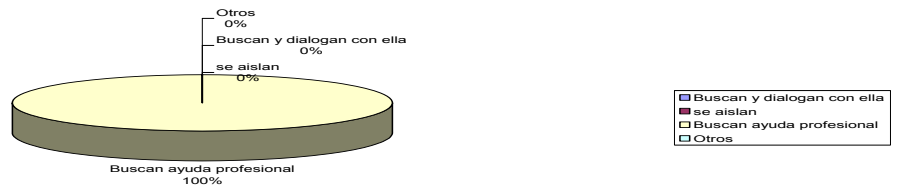


No.16 ¿Por causa de la aparición de la enfermedad en el paciente hay alguna persona que se encuentre desorientada, confusa e insatisfecha?

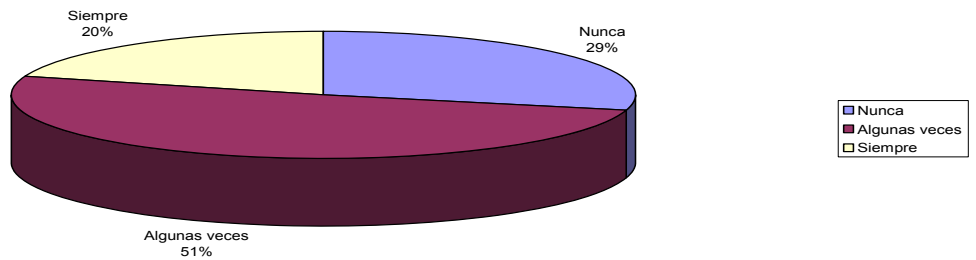


Comunicación Familiar

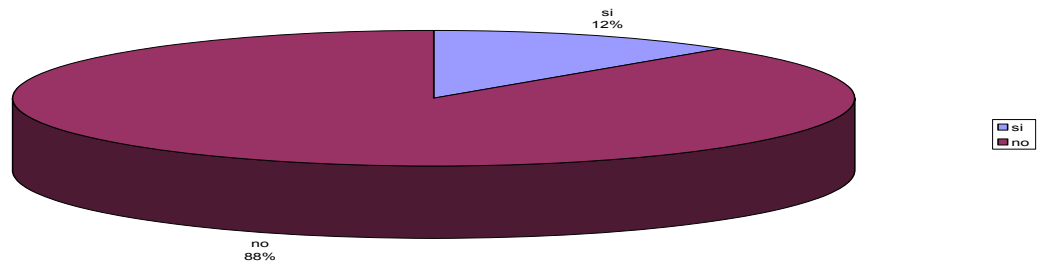
No.17 ¿Que soluciones ha intentado para ayudar a la persona afectada?



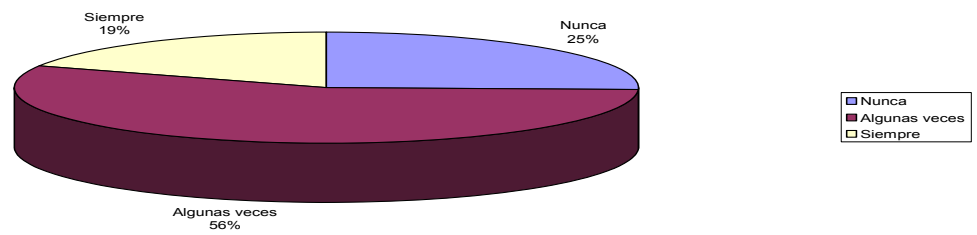
No.18 ¿ El paciente es respetado en casa cuando toma o imparte una decisión?



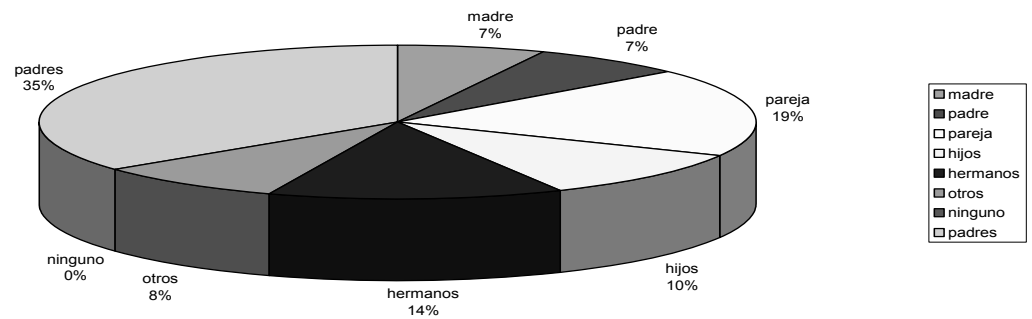
No.19 ¿ Alguien ha tenido que tomar decisiones en casa que antes no lo hacia?



No.20 ¿ Cuando hay que tomar decisiones la opinión del paciente es tomada en cuenta?



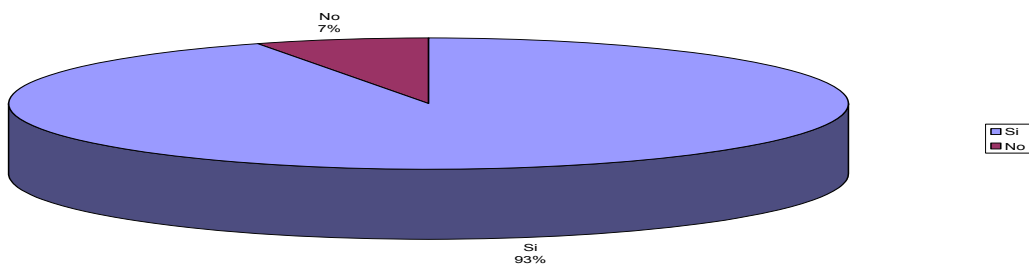
No.21 ¿ Quién asume el manejo o las responsabilidades de las situaciones conflictivas que se presentan en la familia?



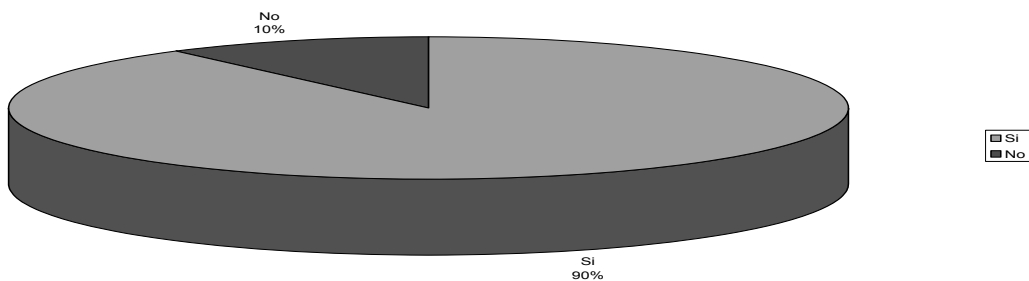
No.22 ¿ Cuándo se presentan situaciones conflictivas se asumen acciones como?



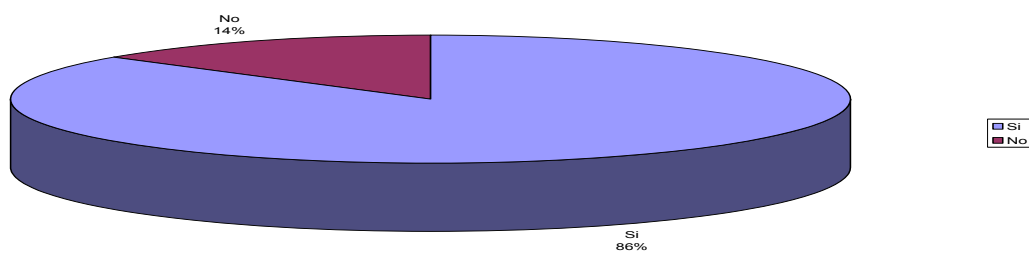
No. 23 ¿ entre los miembros de la familia se permite el diálogo acerca de temas de interés para todos?



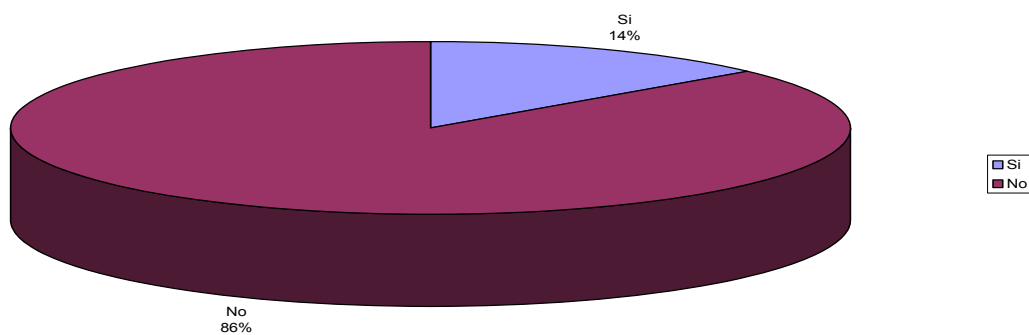
No.24 ¿ Durante los diálogos de la familia el paciente participa de ellos?



No.25 ¿ En la familia es permitido hablar de la enfermedad del paciente?

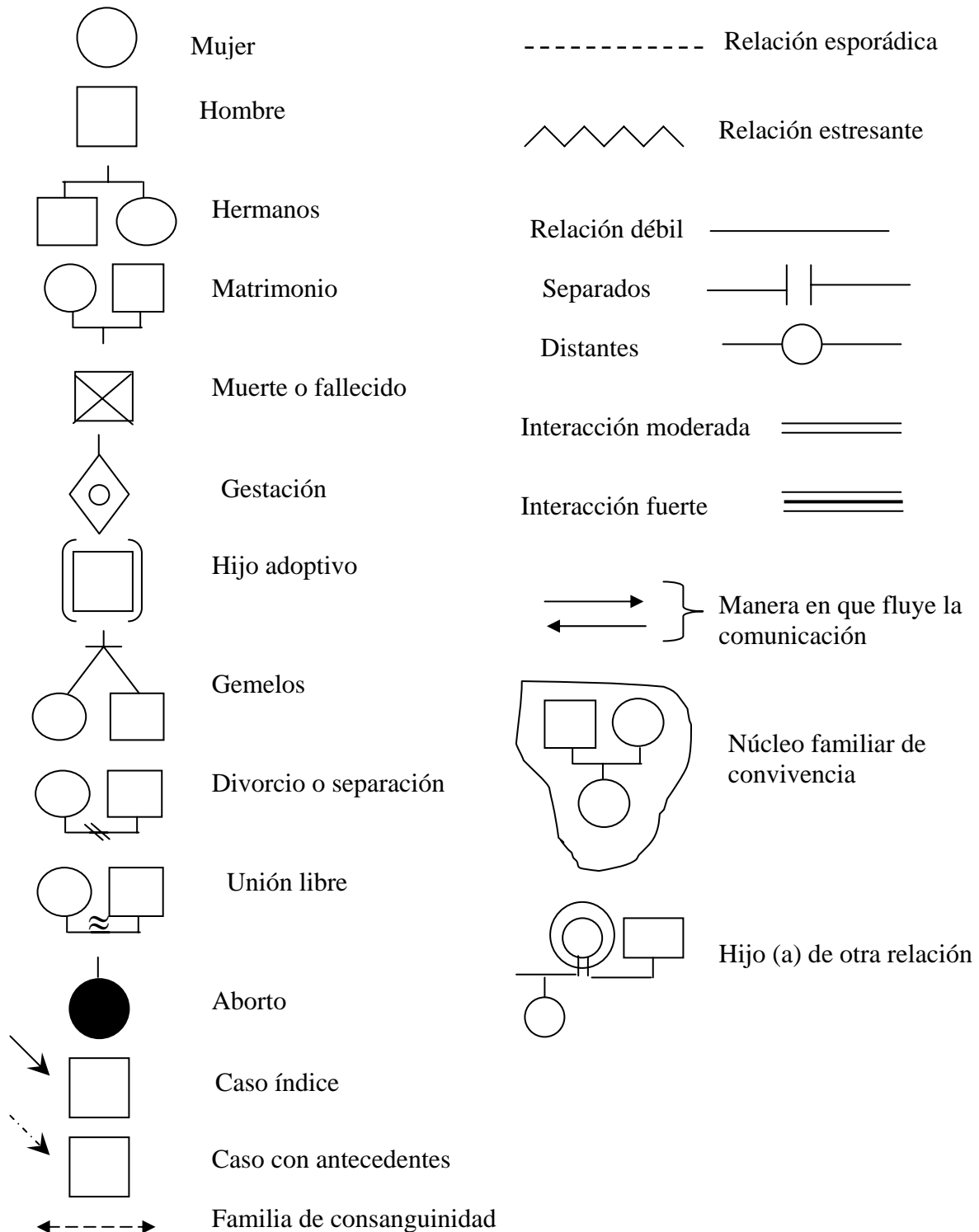


No.26 ¿ Han notado en algún miembro de la familia silencios o molestias cuando se habla de la enfermedad del paciente?



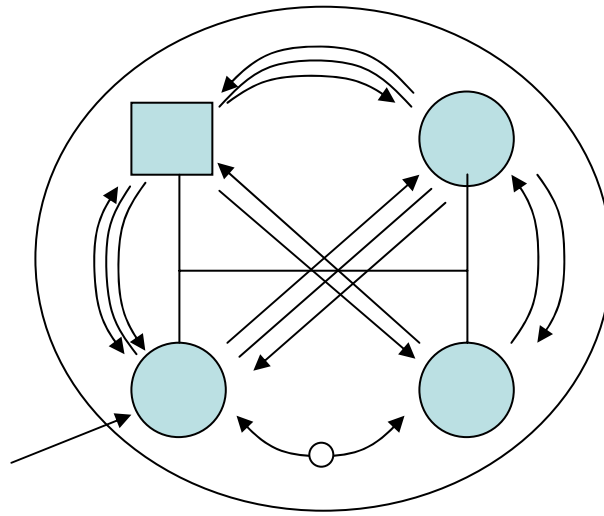
Anexo 4

Modelos de convenciones utilizadas en los Genogramas

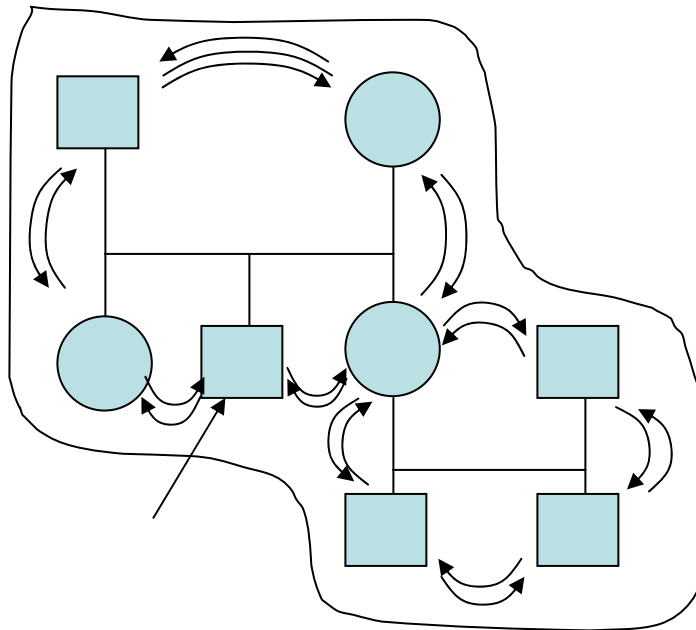


Genogramas Familiares

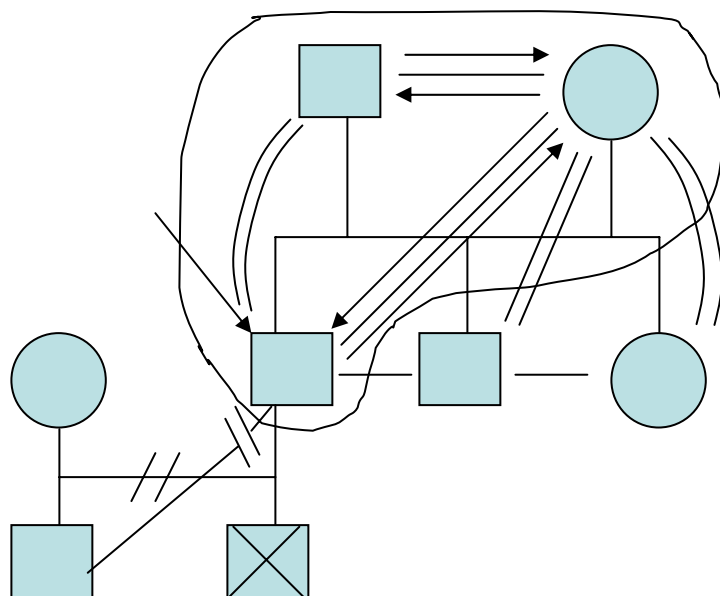
Familia No.1



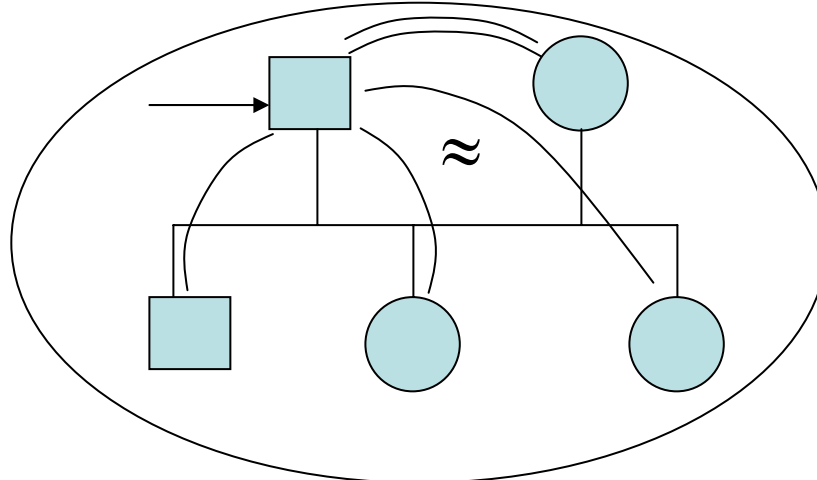
Familia No. 2



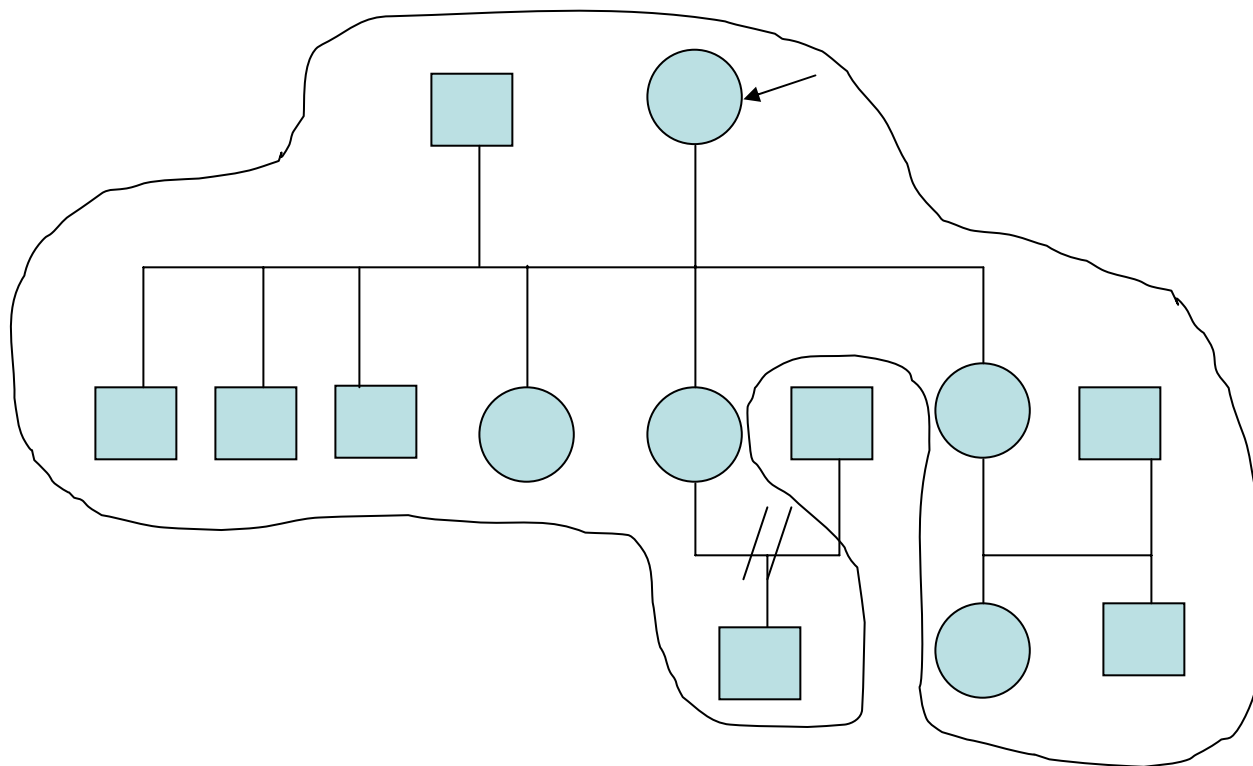
Familia No.3



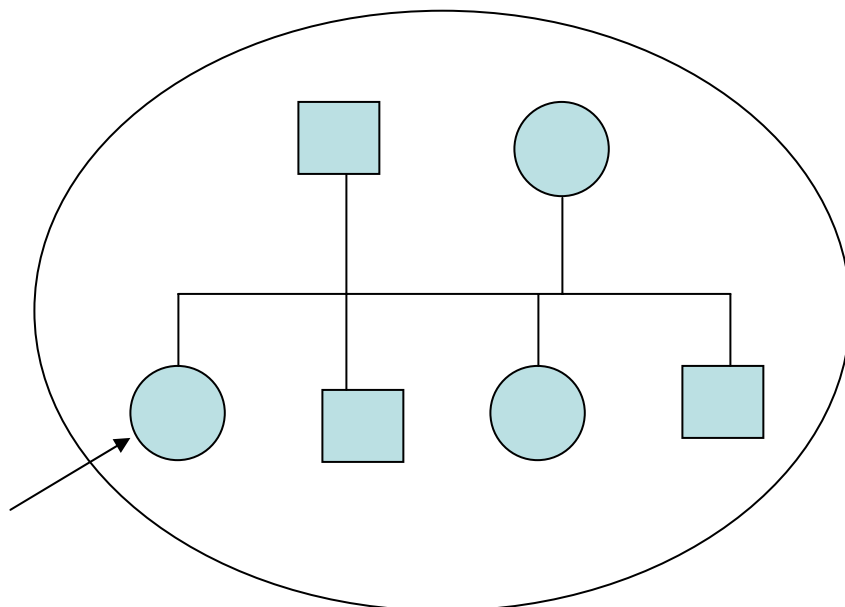
Familia No.4

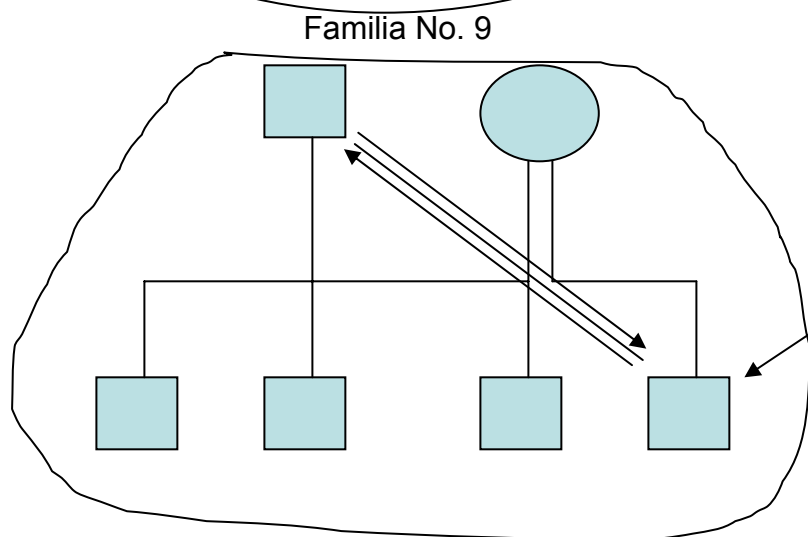
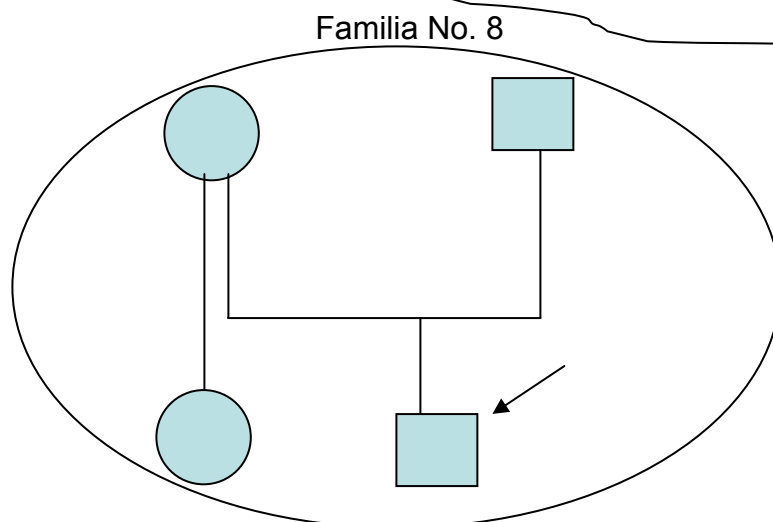
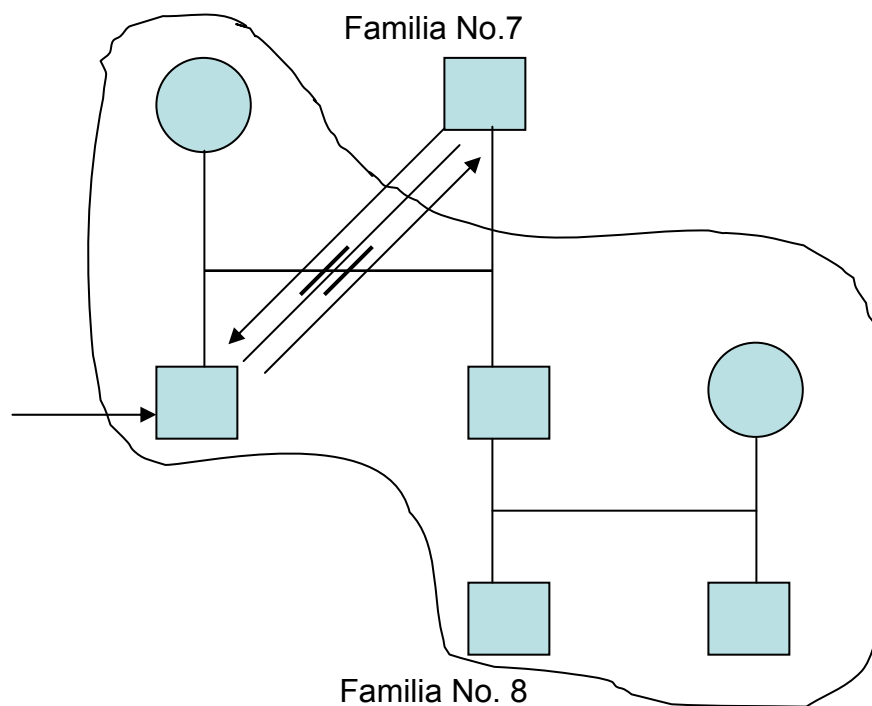


Familia No.5

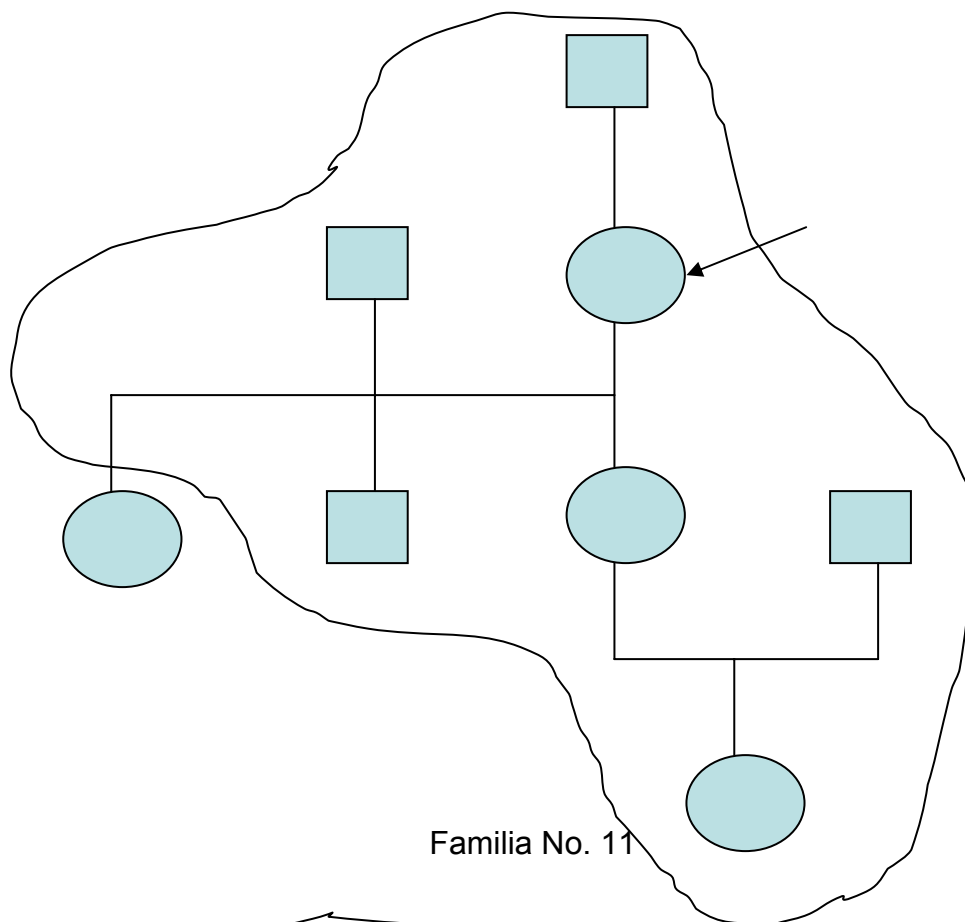


Familia No.6

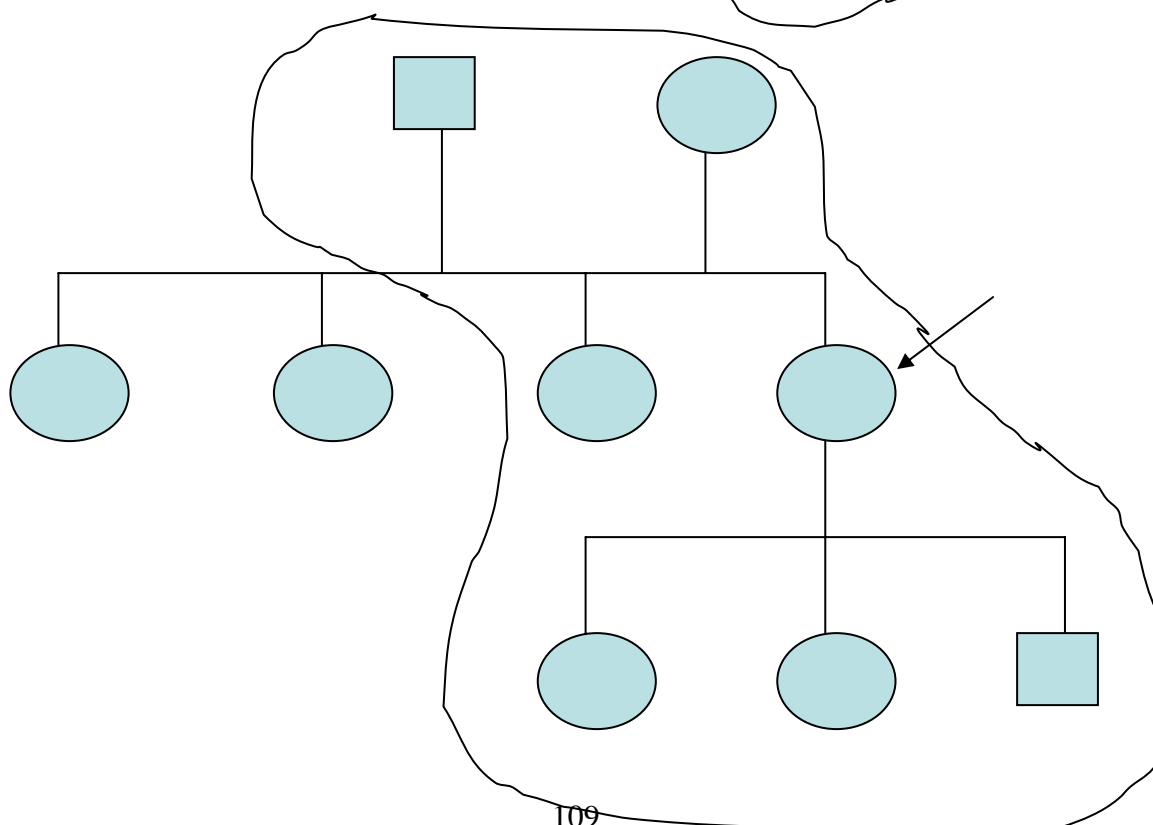




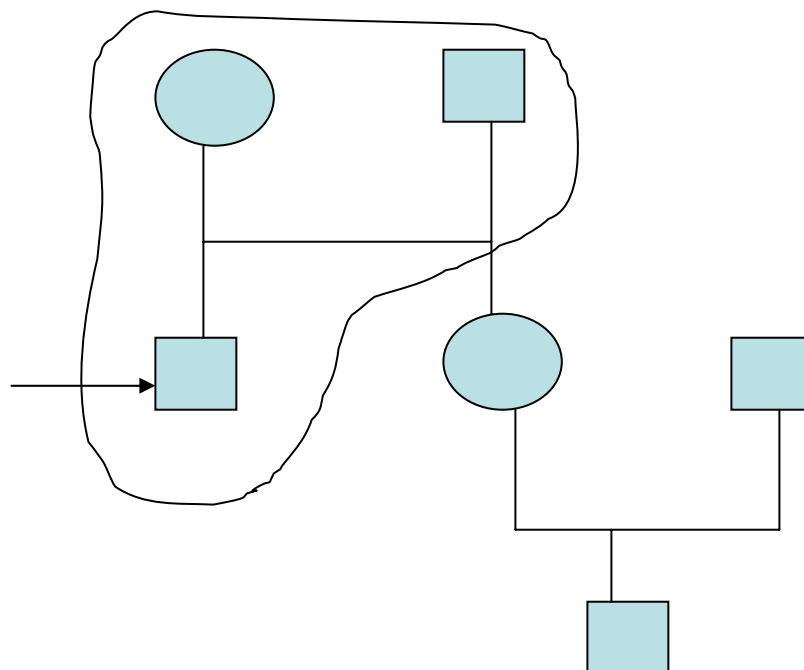
Familia No. 10



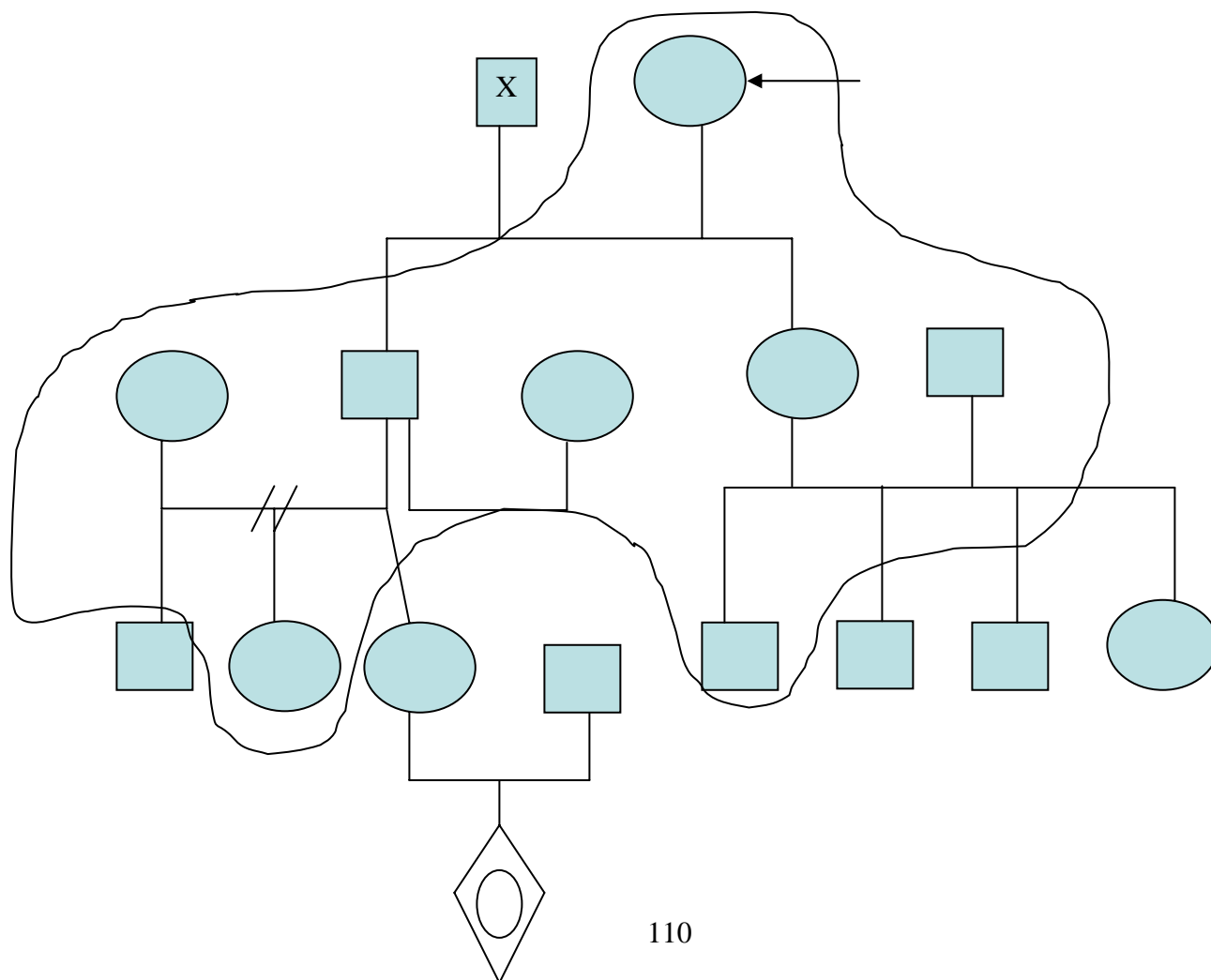
Familia No. 11



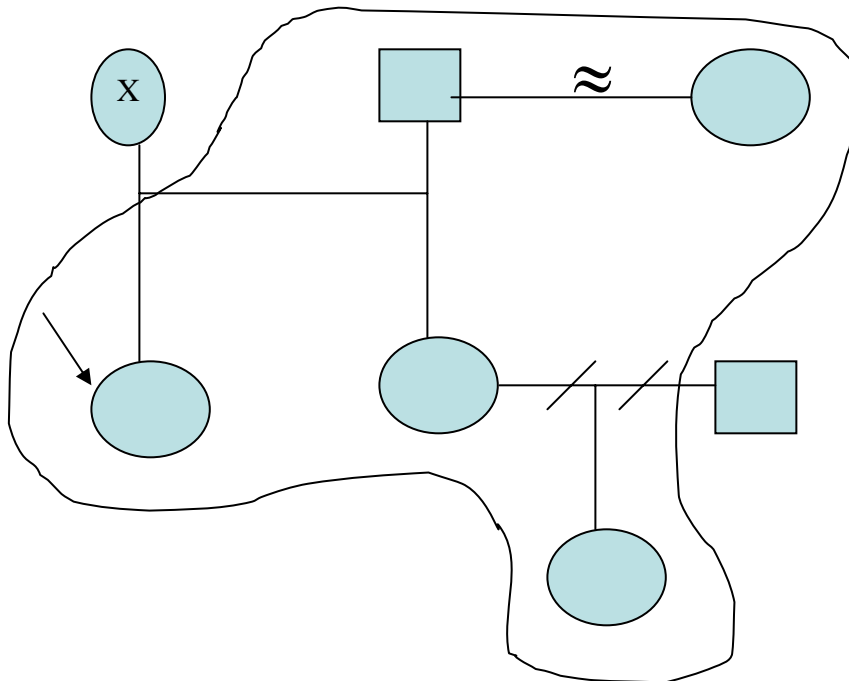
Familia No.12



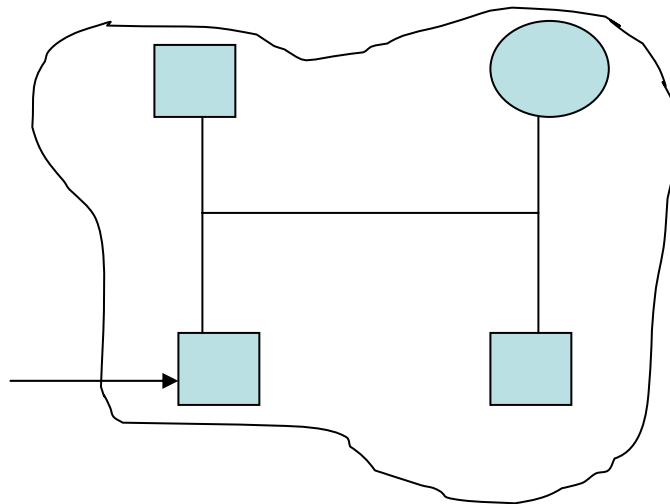
Familia No. 13



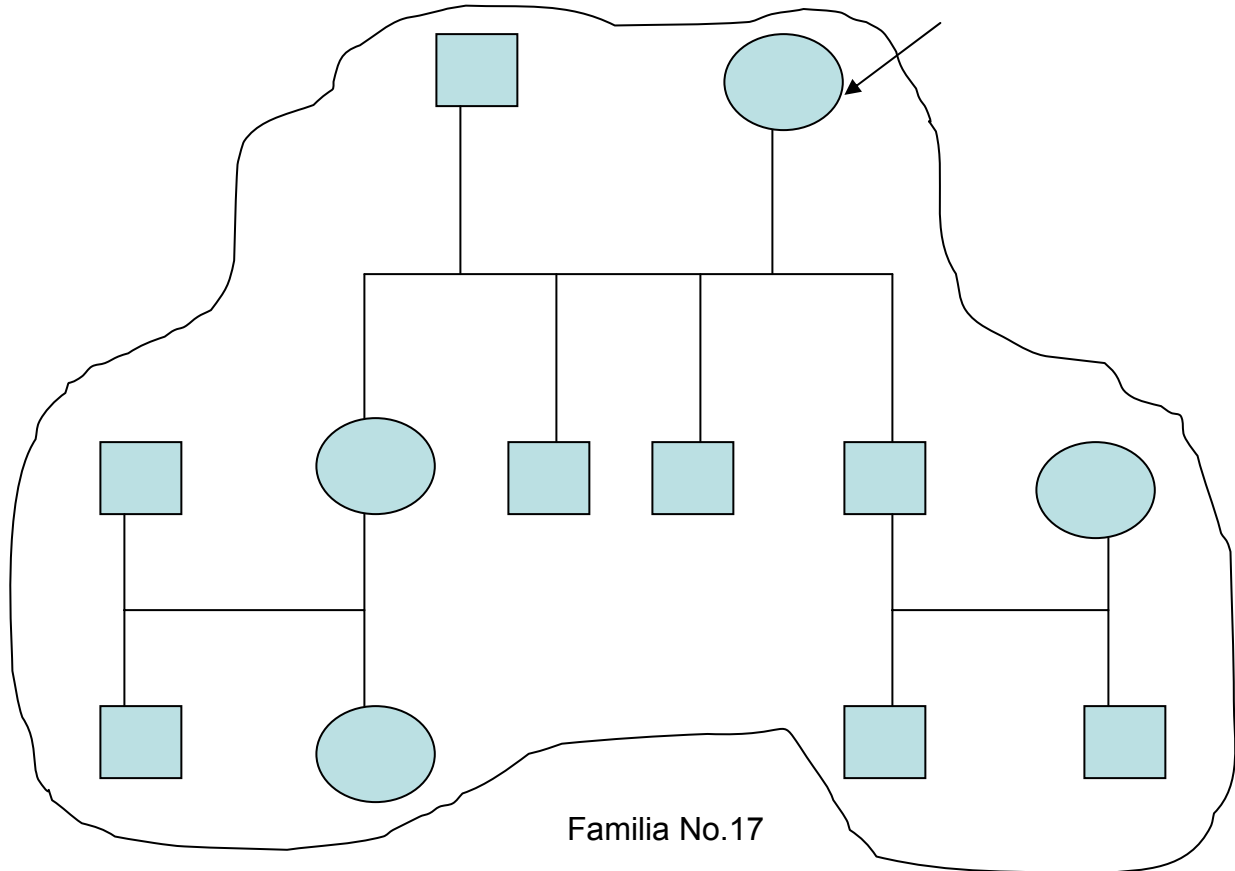
Familia No.14



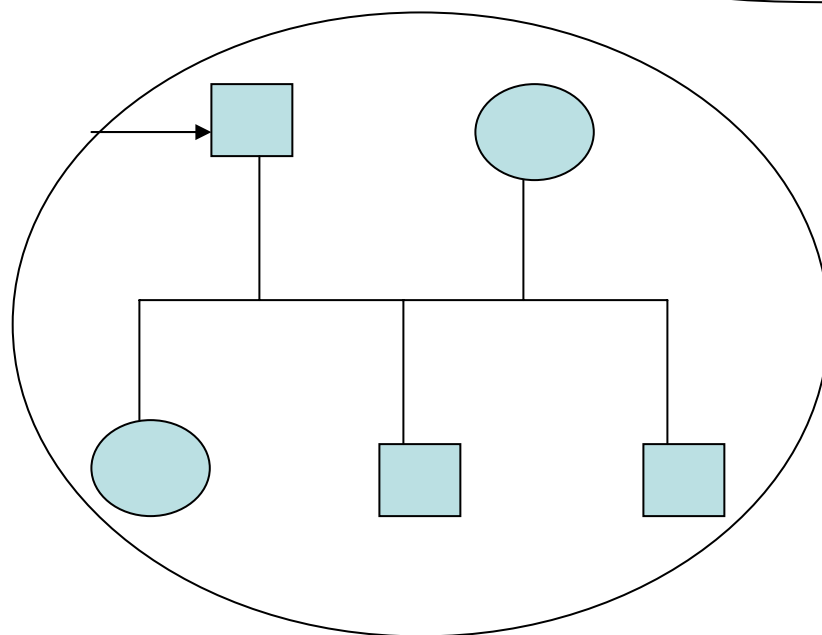
Familia No. 15



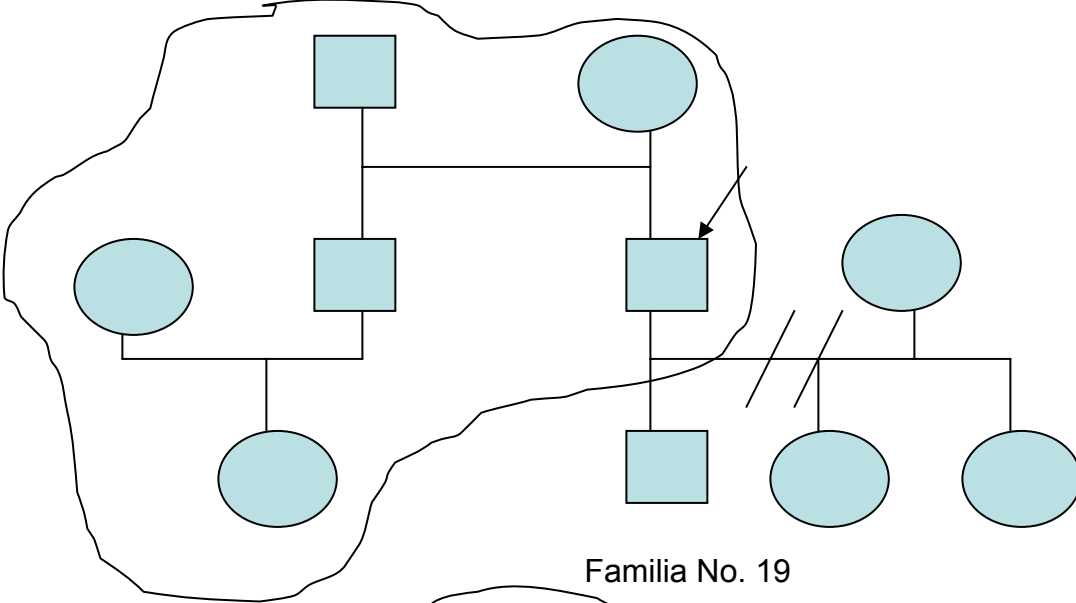
Familia No.16



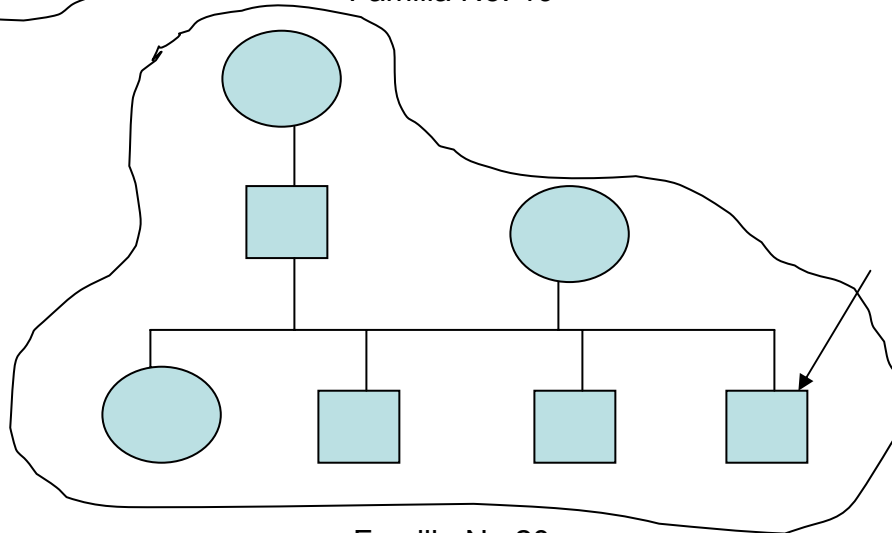
Familia No.17



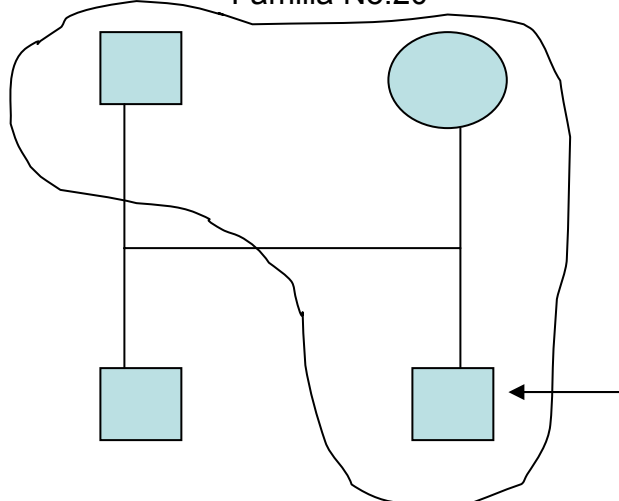
Familia No. 18



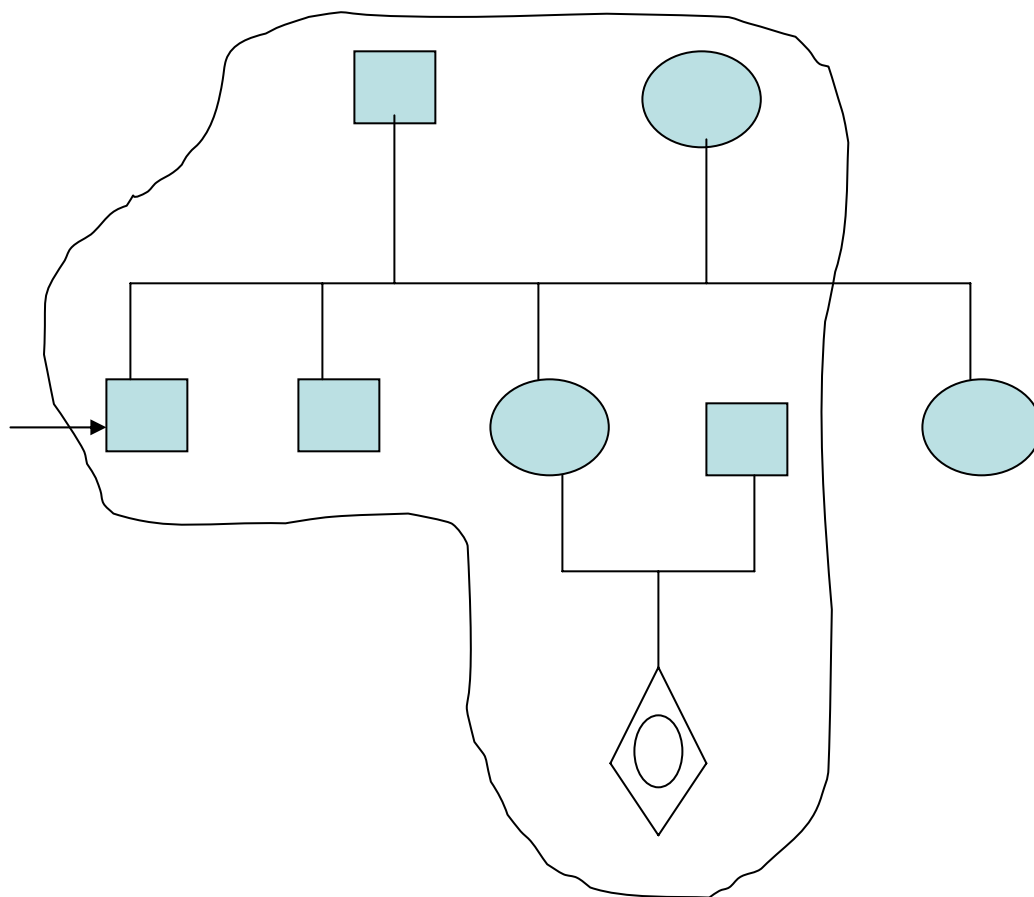
Familia No. 19



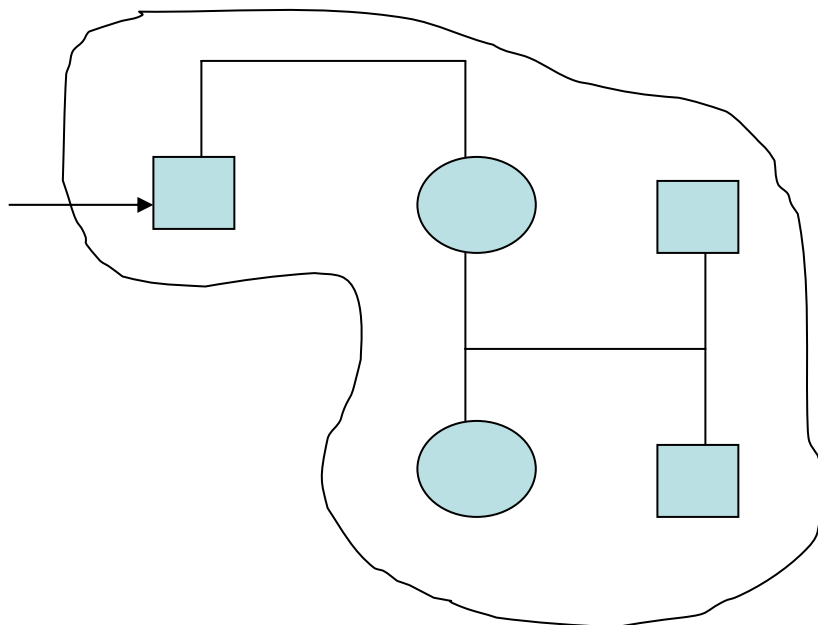
Familia No.20



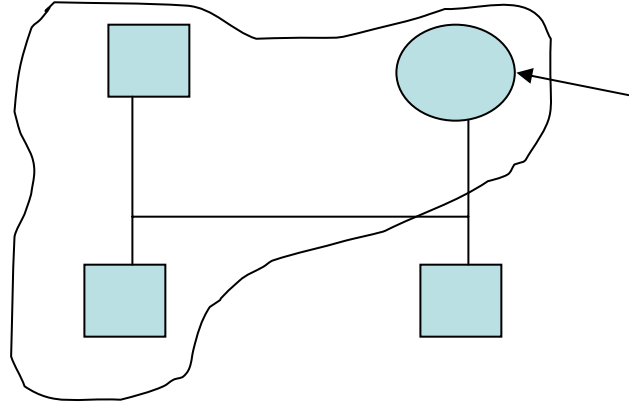
Familia No. 21



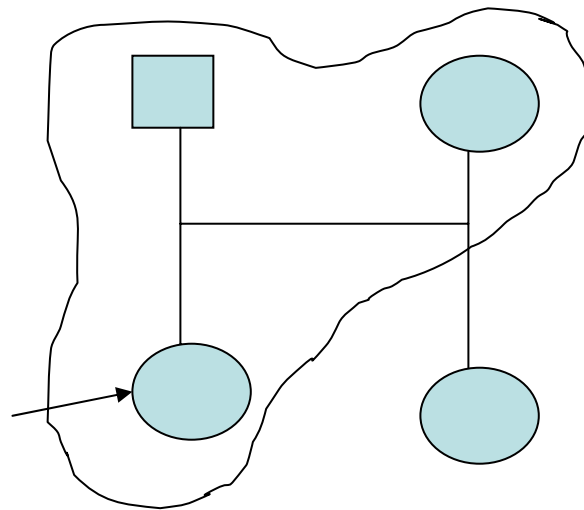
Familia No. 22



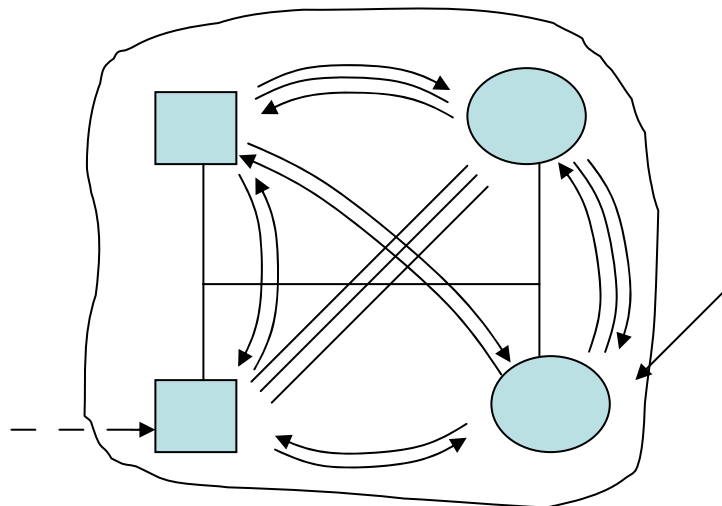
Familia No.23



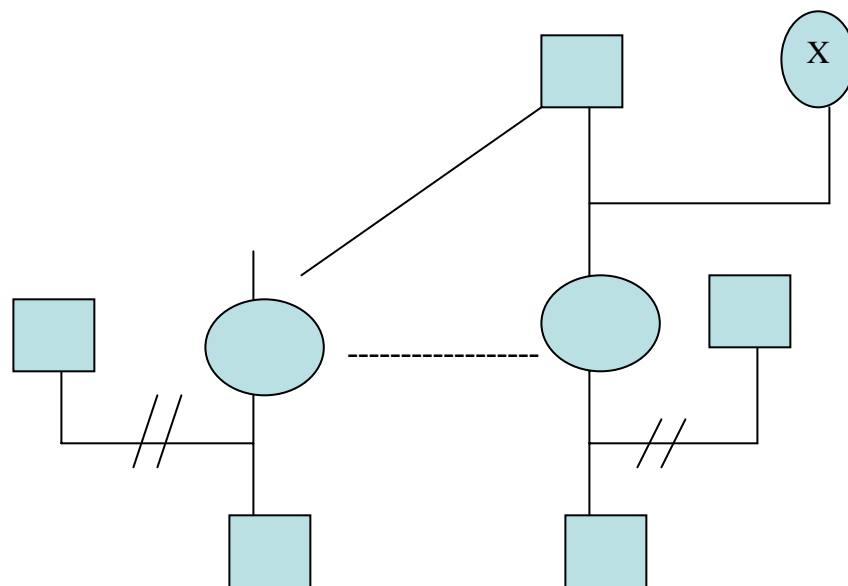
Familia No. 24



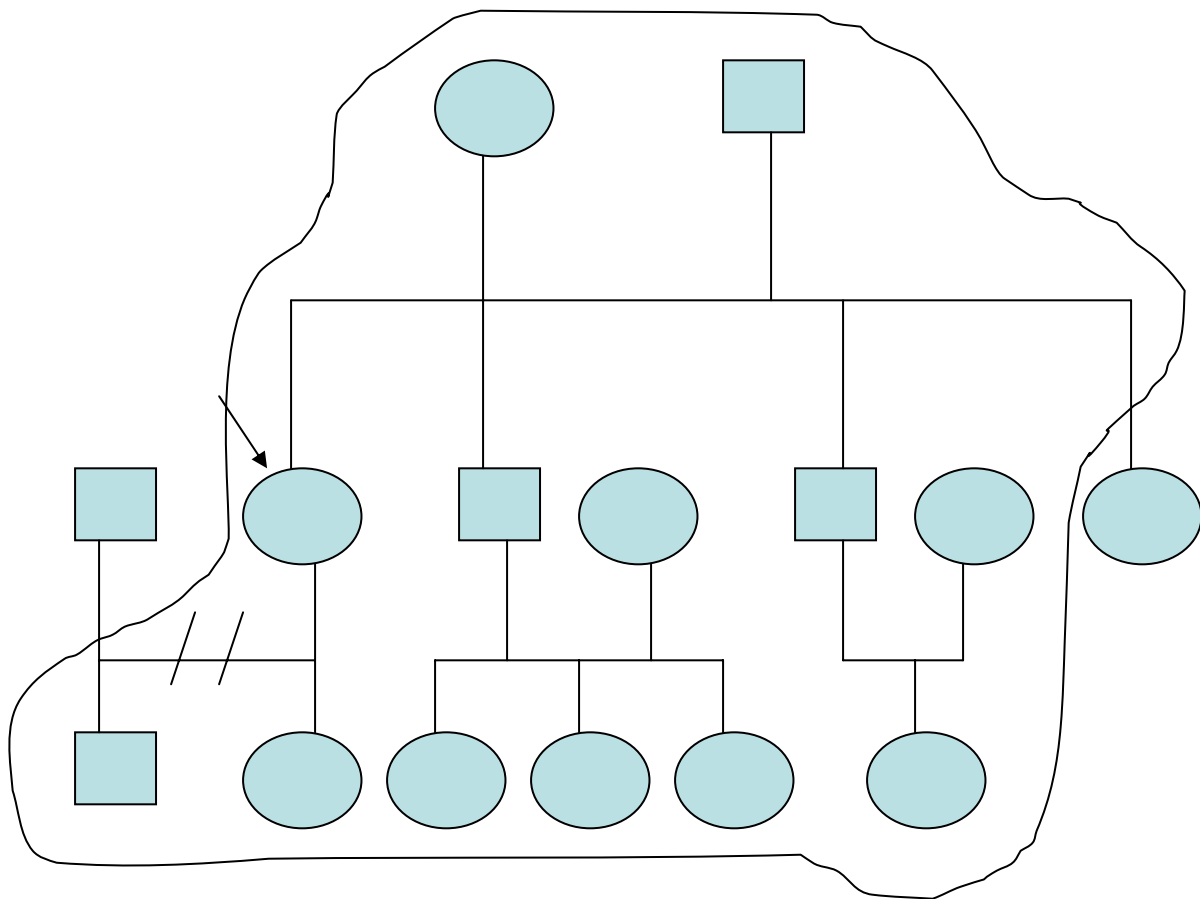
Familia No. 25



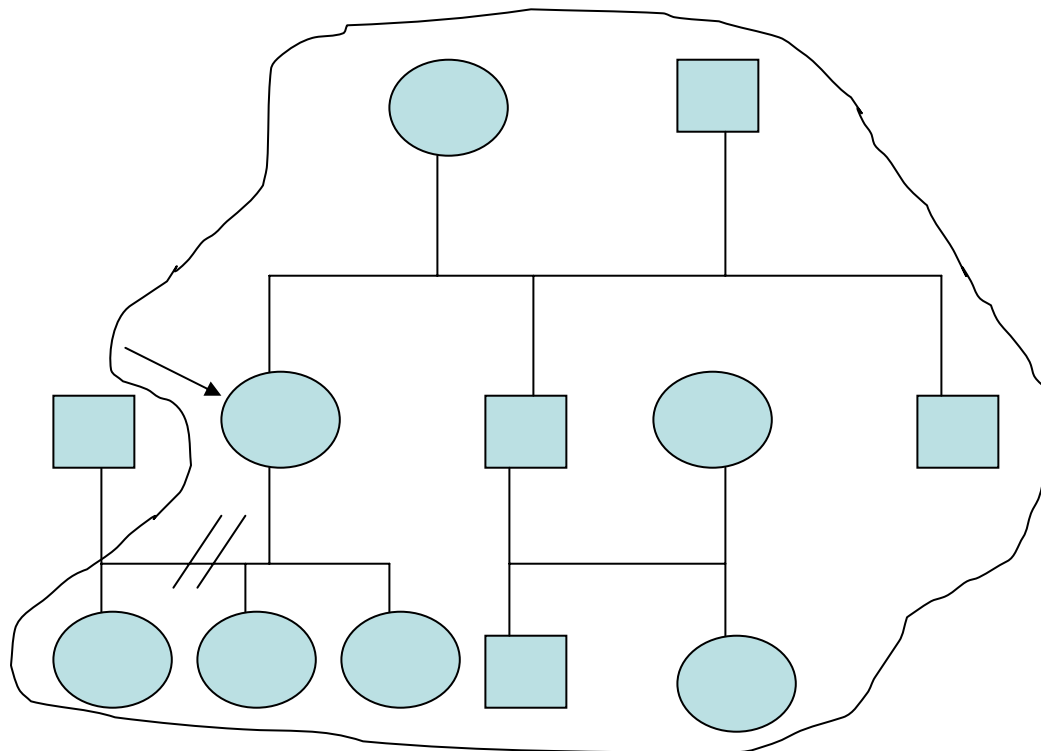
Familia No.26



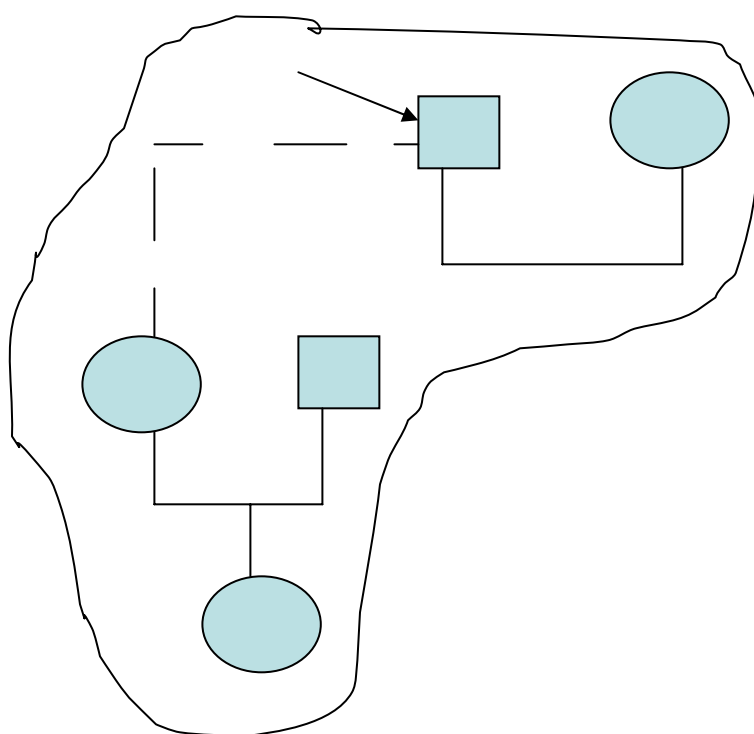
Familia No. 27



Familia No.28



Familia No. 29



Familia No. 30

